

FORSKNING FÖR LIVET

NR 01

HORIZONT

2022

"Om du vill medverka till de stora förändringarna måste du vara med och påverka systemet på flera nivåer."

BEATRICE MELIN

Med hopp
om längre liv

Om disruptiva innovationer i cancervården

HORIZONT

är en tidning utgiven av Bristol Myers Squibb. Syftet är att belysa viktiga ämnen inom läkemedelsområdet på ett nyanserat sätt. Med kunskap vill vi väcka tankar och stimulera till dialog.



Vill du veta mer? Kontakta oss
08-704 71 00 infosverige@bms.com

Annika Aspman
Manager Value Access Pricing

Kristina Dyrvold Flygare
Manager Market Access

Pontus Ingman
Manager Market Access

INNEHÅLLSANSVARIG BMS
Jessica Lundström

KONCEPT OCH PRODUKTION
Gullers Grupp

REDAKTION
Julia Janson Thorfinn
Marie Markowicz Lindén
Fredrik Hed
Julia Arell
Eva-Marie Byberg

FOTOGRAFER
Mira Wickman
Micke Lundström

TRYCKERI
Wickströms Tryckeri

Thomas Johansson
Senior Manager Value Access Pricing

Madeleine Ekström
Manager Value Access Pricing

Jessica Lundström
Director Market Access
and Governmental Affairs

KONTAKT
Bristol Myers Squibb
Box 1172, 171 23 Solna
Besöksadress:
Hemvärmgatan 9, 171 54 Solna,
Telefon: 08-704 71 00
bms.com/se

TWITTER
[@bmssverige](https://twitter.com/bmssverige)

LINKEDIN
[#bmssverige](https://www.linkedin.com/company/bmssverige)

Linda Stalpe
Manager Market Access

Linda Svensson
Manager Market Access

Ref nr
ONC-SE-2200034

GDPR
Du kan kontakta vårt data-
skyddsombud för eventuella
frågor relaterade till
EU-medborgare på
EUDPO@BMS.com för att
utöva de dataskyddsrättigheter
du kan ha eller om du har
frågor kring hur dina person-
uppgifter hanteras av
Bristol Myers Squibb Company.

Läs mer
om oss på
vår hemsida



Mod att utvecklas

Välkommen till ett nytt nummer av Horizont – ett nummer om innovation, disruption och möjligheter inom svensk cancervård!

De senaste tio åren har vi fått uppleva otroliga framsteg inom cancerområdet, med immunonkologiska behandlingar och CAR T som några exempel. Nya metoder och behandlingar som har införts har ibland till och med överträffat de förväntningar som fanns när man en gång tog modet att implementera dem. Ändå ligger nog de största framstegen framför oss – forskningen och teknikutvecklingen gör skillnad för allt fler patienter och förändrar hur vi ser på spridd cancer.

Det finns många exempel på disruptiv innovation i vår omvärld, idéer och tekniker vi inte kunde föreställa oss, som nu är en naturlig del av vår vardag. Idag ser vi det som självklart att dokumentera livets stora händelser med vår smartphone, inte bara som foton utan också rörlig bild. Vilket värde har det gett oss? Personligen uppskattar jag verkligen att när som helst kunna återuppliva minnen från när barnen var små och dessutom enkelt kunna dela den glädjen med mina nära och kära – disruptionen har ökat tillgängligheten till innovationen och spridit värdet av den till många fler.

Mod, vilja och luft i systemet är några av de komponenter som lyfts i detta nummer som centrala för att driva igenom stora förändringar och nya tankesätt i sjukvården, för att vi ska nå bättre hälsa. Någonstans är det vad som krävs – ett mod och en förmåga att se möjligheterna istället för svårigheterna och vilja att lyfta blicken från det dagliga arbetet och fatta långsiktiga beslut. I intervjun med Marie Morell (M) och Anna-Lena Hogerud (S) nämner de att all hälso- och sjukvård faktiskt går ut på att göra insatser där värdet hamnar någon annanstans – hos den individuella patienten, i en annan del av värdkedjan,

eller i socialförsäkringssystemet, för att nämna några exempel. De lyfter att vi behöver bli bättre på att fråga efter vilka förbättringar som kan bli resultatet och hur viktigt det är att hela ekosystemet samverkar och går i takt.

De stora kliven kommer ofta som ett resultat av ett yttre tryck – och här kan vi alla spela en viktig roll som patienter, vårdpersonal, företag, politiker och tjänstemän genom att trycka på i rätt riktning. Patienternas röst bör och kan göra skillnad, och med processer som fångar det patienterna upplever som mest värdefullt kan vi satsa på rätt innovationer.

Tidningen Horizont handlar om att se möjligheter och samarbeta mot visioner. Jag hoppas att detta nummer ska inspirera alla oss som på olika sätt arbetar inom och med hälso- och sjukvårdssystemet, och ge oss mod att fatta beslut där vi satsar på de innovationer som ger hopp om längre liv. Det är bara när vi vågar satsa som vi kan nå stora vinster – för individen, men också för samhället. För att nå dit är det nödvändigt att skapa ett modernare och långsiktigt hållbart system för introduktion och prioritering av nya behandlingar, för att kunna implementera innovationer på ett sätt som är jämlikt och skapar värde för både patienter och samhälle.

Trevlig läsning!



Möt patienten Margareta Haag >
som engagerar sig för att utveckla vården.



10

^
Genomic Medicine Sweden kraftsamlar expertisen inom svensk precision-medicin.

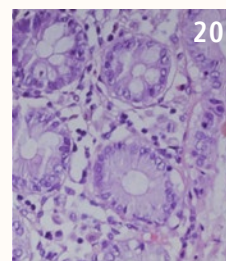


34

^
Nya behandlingar väcker hopp hos patienter med matstrups- och magsäckscancer.



28



20

< Så utvecklar och utmanas vården av forskningen inom AI.

6 MED HOPP OM LÄNGRE LIV

Så tar vi tillvara disruptiva innovationer i svensk cancervård.

15 FRAMTIDENS VÅRD PÅ VALSEDELN

Möt två ledande regionpolitiker inför höstens val.

18 KROPPENS EGET FÖRSVAR

Så har vi lärt oss att förstärka immunsystemet.

26 BLODSPÅR

I Örebro forskas det om hur biomarkörer kan ge snabba svar om vår hälsa.

36 STARKT SAMARBETE I SKÅNE

Så skapar samarbeten över gränserna värde för patienterna på Skånes universitetssjukhus.

46 FRAMTIDENS VÅRD BEHÖVER GÖRA MER – OCH MINDRE

I framtiden får patienter och vården en mer individualiserad relation.

– För att ta tillvara möjligheterna som disruptiva innovationer öppnar för måste vi modernisera våra strukturer. Läs intervjun med Richard Rosenquist Brandell, professor i klinisk genetik vid Karolinska Institutet och föreståndare för GMS på sidan 12.



Med hopp om längre liv

Om disruptiva innovationer i cancervården

De innovationer som har potentialen att ersätta en etablerad metod kallas för disruptiva. De transformerar system, omkullkastar gamla sanningar och skiftar maktbalanser – som i den accelererande digitaliseringen.

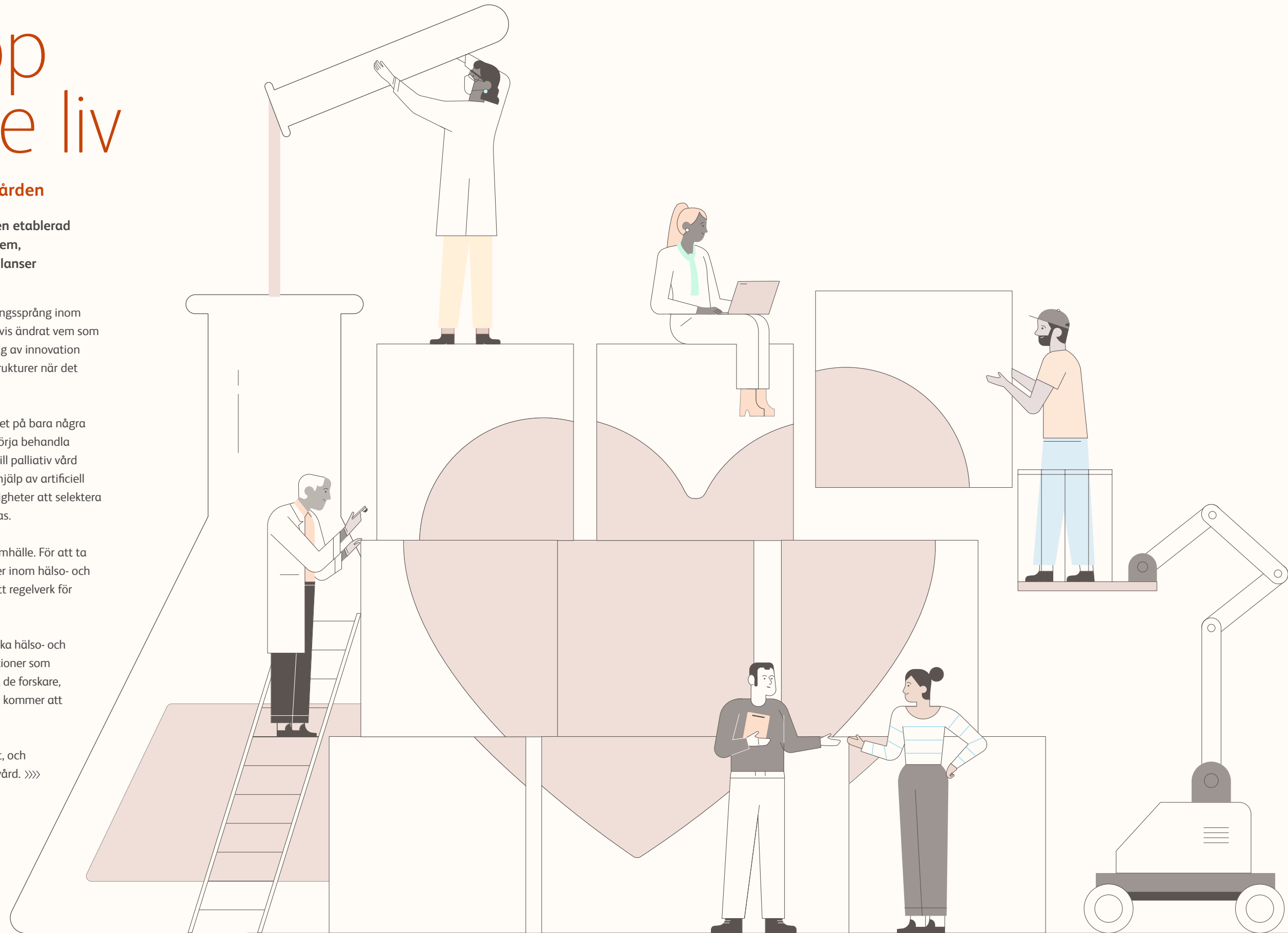
Hälsa- och sjukvården har alltid förändrats av nya utvecklingssprång inom läkemedel och teknik, på det sättet att dessa helt eller delvis ändrat vem som kan behandlas, hur och med vilket resultat. Nu ser vi en våg av innovation inom forskningen, som kommer att utmana etablerade strukturer när det gäller diagnostik och behandling av till exempel cancer.

När vi inom kort kan analysera hela det mänskliga genomet på bara några timmar, till en relativt låg kostnad, ger det möjlighet att börja behandla sjukdomar på nya sätt. En cancerdiagnos som idag leder till palliativ vård kan istället få en mer precisionsinriktad behandling. Med hjälp av artificiell intelligens och analys av biomarkörer öppnar sig nya möjligheter att selektera för risk och tidig upptäckt av sjukdomar som kan behandlas.

Men den här utvecklingen ställer stora krav på oss som samhälle. För att ta tillvara möjligheterna behövs till exempel nya kompetenser inom hälso- och sjukvården, att politiken satsar resurser på nya sätt, och att regelverk för datahantering anpassas.

I det här numret av Horizont utforskar vi hur redo det svenska hälso- och sjukvårdssystemet är att ta tillvara på de disruptiva innovationer som nu forskas fram och kan göras till klinisk praxis. Du får möta de forskare, tjänstemän och politiker som står inför att fatta beslut som kommer att påverka hälsan för oss alla.

Först ut är Janne Lehtiö, professor vid Karolinska Institutet, och Stefan Jovinge, forskningschef för Skånes universitetssjukvård. »»»»



Jag ser enorma möjligheter för patienter som har diagnosticerats med en svår sjukdom som cancer. Det blir riktigt disruptivt när patienten – redan innan läkarbesöket – lämnar blodprover för molekyllär kartläggning. Då kan vi analysera både gener och proteiner och få en systembild av vad som pågår i kroppen, säger Janne Lehtiö, professor i medicinsk proteomik vid Karolinska Institutet.

Janne Lehtiös forskningsfokus ligger på cancerproteogenomik och han leder också enheten för cancerproteomik vid Karolinska Universitetssjukhuset. Proteomik handlar om att analysera stora mängder data om proteiners struktur och funktion. Han tror att vi om tio år kan göra dessa analyser mer rutinmässigt inom flera områden.

– Baserat på de analyserna, och på läkarens andra undersökningar, kan patient och läkare diskutera sjukdom och behandling på ett helt annat sätt. Då kan vi utveckla en helt ny sorts precisionsmedicin där vi verkligen kan matcha patient till rätt behandling. Det har potential att verkligen förändra sjukvården.

För att förbättra utgångsläget tycker Janne Lehtiö att vi ska börja med så kallad baslinjeprofilering, att på bred front, på stora patientgrupper, kartlägga och analysera alla gener och de proteiner som generna kodar för, så att vi har ett grundmaterial att utgå ifrån.

– Om vi kan dela in patienterna baserat på deras gener och proteiner, baserad på molekyllära profiler, kan vi koppla det till hur det går för patienterna. Då bygger vi ett riktigt bra dataset för att definiera biomarkörer för behandlingsval och förstå riskfaktorer för sjukdomar för preventivt hälsoarbete.

Vi är på väg mot stora disruptiva förändringar inom hälso- och sjukvården. Informationen har demokratiserats genom digitaliseringen. Patienter kan googla och jämföra den svenska vården och resultaten med de nordiska grannländerna. Och hela världen.

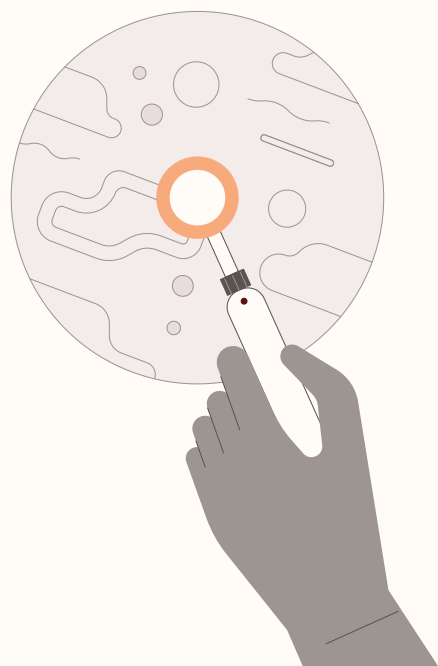
JANNE LEHTIÖ, professor och vetenskaplig chef, Science for Life Laboratory, Karolinska Institutet

Däremot är sjukvården inte beredd på detta ännu, menar Janne Lehtiö. Vården behöver anställa experter som idag inte finns i systemet, till exempel bioinformatiker och precisionsmedicinska rådgivare. En stor del av personalen inom vården behöver vidareutbildning inom precisionsmedicin. Forskning och utveckling behöver också komma närmare rutinvård.

– Vi behöver forum där akademisk forskning, industriell utveckling och sjukvård möts för att utveckla och implementera precisionsmedicin.

Dessutom behövs en diskussion kring hur pengar används bäst, från prevention till effektiv precisionsmedicin.

– Det handlar inte längre om att "gissa på" bästa behandlingsalternativ, utan basera behandlingsval på data från gener, proteiner och biomarkörer. Rätt behandling till rätt person i rätt tid leder till mycket effektivare användning av resurser.



Vid sidan av vertikala och horisontella prioriteringar måste vi diskutera och göra longitudinella prioriteringar. Det handlar om vad vi kan göra om 20, 30, ja till och med om 50 år, säger Stefan Jovinge forskningschef, Skånes universitetssjukvård.

Han har i totalt tio år bott och arbetat med patienter, administration samt forskat i USA inom hjärt-/thoraxintensivvård, innan han hösten 2021 började sitt nya arbete som forskningschef för Skånes universitetssjukvård.

För att lyckas med precisionsmedicin vill Stefan Jovinge se en diskussion om prioriteringar i Sverige. Inte bara vertikala prioriteringar, inom till exempel kardiologin eller onkologin. Eller horisontella prioriteringar, exempelvis mellan kardiologi och onkologi.

Longitudinella prioriteringar handlar om morgondagens patienter kontra dagens patienter, där resurser för forskning inte kan prioriteras bort kontinuerligt.

– Om vi kan bota en ung person med en dyr behandling idag, ska vi inte göra det? Alternativet kan vara år av vård, komplikationer av sjukdomen och då äts den initiala kostnaden snart upp.

Genterapi och CAR T-behandling vid vissa blodcancerformer har idag potentialen att eventuellt kunna bota människor vid vissa svåra sjukdomar.

– Ett spännande framsteg är utvecklingen av CAR T-celler i behandling av patienter med metastaserande sjukdom från solida tumörer. För dessa patienter, som idag i de flesta fall är obotbara, har vi för första gång en uppseglade möjlighet till bot.

2017 bad de skånska politikerna om en utredning kring ATMP, avancerade terapier och medicinska produkter, såsom genterapi, CAR T, precisionsmedicin och liknande. Politikerna har sedan fattat beslut att bygga ett ATMP-center på Skånes universitetssjukhus i Lund.

– Det har passerat alla instanser, inklusive Hälso- och sjukvårdsnämnden och Koncernledningsrådet för investeringar och regionledningen. Det slutgiltiga beslutet fattades i Regionstyrelsen den 17 mars.

Region Skåne investerar 110 miljoner kronor i en engångssatsning. Utöver det tillkommer en årlig driftsbudget. Dessutom har Vinnova nationellt satsat 40 miljoner kronor på att utveckla ATMP för hematologiska tillämpningar (blodcancer).

– Detta ger oss möjlighet att ge patienterna tillgång till nya gen- och cellterapi innan de, om flera år, är tillgängliga för alla.

Enligt Stefan Jovinge bedrivs redan ATMP-verksamhet i Skåne. Hälften av behandlingarna med CAR T-celler görs i Skåne

– Den första myelompatienten i Sverige behandlades i höstas i Lund. Det är en intressant utveckling då det är en hematologisk malignitet med betydande vävnadsengagemang och kan ses

som en brygga till att behandla patienter med spridd tumörsjukdom från solida tumörer framöver med CAR T.

Idag skickas celler till USA och sedan tillbaka till Sverige för att patienter ska kunna behandlas med CAR T-metoden. När ATMP-centret är i drift i Lund ändras det.

– Planen är att vi ska sätta upp metoden så att vi själva ska kunna göra det här i Lund.

STEFAN JOVINGE, professor och forskningschef, Skånes universitetssjukvård



Från precisions- *medicin* till precisions*hälsa*

Genomic Medicine Sweden, GMS, är en nationell kraftsamling för att ge fler patienter i hela Sverige tillgång till bättre diagnostik och mer individanpassad behandling, det vill säga precisionsmedicin. Efter snart fem års arbete ser föreståndaren Richard Rosenquist Brandell att vi i Sverige kommit långt. Men för att växla upp och nå ut ännu bredare krävs nytänkande och mod vad gäller samarbetsformerna.

Nästa utvecklingssteg blir att gå från precisionsmedicin till precisionshälsa, det vill säga att använda genanalyser för att förebygga och upptäcka sjukdom tidigt.



GMS verkar på både en nationell och regional nivå, och samlar aktörer från sjukvård, akademi, myndigheter, patientorganisationer och näringsliv.

I ett så komplext nätverk som GMS blir samverkan en stor utmaning.

– Vi såg tidigt att vi måste ha med alla dessa intressenter för att få till precisionsmedicin på riktigt. Det finns en lång tradition av samverkan i Sverige, men GMS innebär en extra utmaning då så många aktörer är involverade, säger Richard Rosenquist Brandell, professor i klinisk genetik vid Karolinska Institutet och föreståndare för GMS.

För att ta tillvara möjligheterna som disruptiva innovationer inom precisionsmedicin öppnar för måste vi också modernisera våra strukturer, menar Richard Rosenquist Brandell. Att driva stora och komplexa initiativ som GMS i projektform med årlig finansiering är inte optimalt.

I många andra länder finns så kallade public private partnerships, som möjliggör att man kan driva större infrastrukturinvesteringar, inklusive finansiering, över längre tid. Richard Rosenquist Brandell anser att sådana organisationsformer saknas i Sverige.

– I länder som Norge, England och Frankrike har man tagit steg för att underlätta denna utveckling med olika typer av partnerskap, konsortium och bolag för samägande. Vi behöver det i Sverige också.

Inom ramen för regeringens satsning på life science finns en arbetsgrupp för precisionsmedicin och ATMP (Advanced therapy medicinal products) där frågan diskuteras.

– GMS är representerat och vi har haft en workshop för att titta på infrastrukt-

turen. Under våren kommer gruppen att ta fram en färdplan för hur det ska kunna se ut.

GMS finansieras till stor del av Vinnova, som är Sveriges innovationsmyndighet. Richard Rosenquist Brandell tycker visserligen att det är bra, men han ser behov av en mer långsiktig finansiering, kanske direkt genom staten.

– SciLifeLab är ett bra exempel på en sådan långtidsfinansierad struktur med elva ihopkopplade universitet. Vården behöver också den typen av nationella infrastrukturer.

Anders Brinne är ansvarig handläggare för GMS-projektet på Vinnova. Enligt honom ser staten ett behov av en nationell ansats i att utveckla precisionsmedicin.

– Vi ser GMS som en viktig infrastruktur för mer precis diagnostik, vilket behövs för att ge mer träffsäker behandling till patienter med cancer och ärftliga sjukdomar. Det nationella perspektivet är oerhört viktigt för att precisionsmedicin ska implementeras jämnt över hela landet.

Vinnova har i olika omgångar redan satsat över 80 miljoner kronor på GMS genomförandeprojekt. Från i år, till och med 2024, satsar myndigheten ytterligare 90 miljoner kronor i GMS.

Utöver finansiering har Vinnova ambitionen att stimulera ökad samverkan mellan aktörer från olika sektorer.

– Vi vill sänka trösklarna för samverkan mellan vård, akademi, näringsliv och patienter, för att effektivt kunna implementera precisionsmedicin i hälso- och sjukvården. GMS är ett bra exempel där vi verkligen kan göra skillnad, säger Anders Brinne.

I länder som Norge, England och Frankrike har man tagit steg för att underlätta denna utveckling med olika typer av partnerskap, konsortium och bolag för samägande. Vi behöver det i Sverige också.

RICHARD ROSENQUIST BRANDELL

GMS är indelat i sju noder, som kallas Genomic Medicine Centers, GMC. Vid sidan av GMC Karolinska finns sex regionala noder; Norr, Uppsala, Örebro, Sydöst, Väst och Syd.

– Hela HMS började med ett nerifrån och upp-perspektiv. Det startade som lokala initiativ, från början fyra noder, idag sju, där vi tidigt såg att vi även behöver ett nationellt initiativ, säger Lars Palmqvist, professor och överläkare vid Sahlgrenska universitetssjukhuset och ansvarig för GMC Väst.

Vad de olika noderna gör skiljer sig åt. De tre stora noderna, Stockholm, Göteborg och Malmö/Lund, är relativt stora verksamheter med stora patientunderlag och kan snabbt få ihop patienter och prover för att validera nya tester och tekniker.

– De mindre kan istället vara lite mer snabbfotade och flexibla och ta på sig mindre men lika viktiga projekt.

Trots utmaningarna försöker man samordna mycket av arbetet. Inom exempelvis hematologi används nu samma genpanel framtagen av HMS, och även inom solida tumörer pågår arbete att ta fram en gemensam genpanel.

– Vi har även fått medel för att utföra helgenomsekvensering på all barncancer,

vilket görs på fyra ställen; Stockholm, Göteborg, Uppsala och Lund.

Tack vare en central ledningsgrupp inom HMS, som innefattar representanter från de regionala noderna, går det lättare att samarbeta och etablera nya arbetssätt och få ut innovationer i systemets kapillärer. Därmed blir det också lättare att omsätta innovationerna i praktisk tillämpning.

– Det stora problemet just nu är att vi saknar en nationell infrastruktur och en lagstiftning som medger att vi kan lagra och dela data och information smidigt med varandra. Det behöver vi för att få full utväxling av HMS arbete, säger Lars Palmqvist.

Trots dessa svårigheter går det framåt. Helgenomsekvensering för sällsynta diagnoser finns redan på tre orter i Sverige. För diagnostik av vissa cancersjukdomar kommer det att introduceras på sju orter under året där 560 gener analyseras.

– Det är väldigt strikta regler för att ta in genanalyser i diagnostiken, och det tar tid att implementera men i år blir det klart, säger Richard Rosenquist Brandell.

Nästa stora steg ser han inom precisionshälsa, att få in genanalyser inom

prevention och tidig upptäckt.

– Då handlar det inte bara om cancer och sällsynta sjukdomar. Då kan vi bredda precisionsmedicinen till stora folksjukdomar som exempelvis diabetes, autoimmuna sjukdomar och neurologiska sjukdomar.

För att lyckas att ta det vidare är datafrågan den viktigaste knuten att lösa upp; att kunna dela och använda data för behandling.

– Vi behöver en patientdatalag som tillåter oss att samla och dela data för utredning, diagnostik och behandling mellan regionerna. Denna typ av data är också av intresse för akademien och life science-sektorn, exempelvis för att veta hur många som har en viss mutation, en viss sjukdom. Vi behöver också uppföljningsdata på hur det går för patienterna, säger Richard Rosenquist Brandell.

Och det ser ut att röra på sig.

– Vi har ett huvudavtal med alla 14 parter i HMS-projektet. Vi har beställt en rättsutredning av en jurist och kommer därefter skicka en hemställan till regeringen angående en översyn av lagstiftningen. Det behövs för att möjliggöra precisionsmedicin på bred front, avslutar Richard Rosenquist Brandell.

Framtidens vård på valsekeln

I september är det val i Sverige och vårdfrågan hamnar högt när väljarna rankar sina viktigaste frågor. En uppgift som vårdpolitiker på alla nivåer behöver ta sig an är hur nya innovationer och disruptiva metoder ska tas ut i verksamheten och komma patienterna till del. Systemet för införande av nya behandlingar behöver utvecklas i takt med forskningsframstegen. Ytterligare en utmaning är hur likvärdigheten över landet ska stärkas.

Horizont har tagit pulsen på två av landets ledande regionpolitiker för att höra hur de ser på besluten som kommer att vara avgörande för framtidens vård.



Genomic Medicine Sweden (GMS)

Genomic Medicine Sweden (GMS) är en svensk nationell satsning som startade 2017 med syfte att fler patienter med cancer, sällsynta ärftliga sjukdomar och infektionssjukdomar i hela Sverige ska få tillgång till bred genetisk analys för bättre diagnostik och mer individanpassad vård och behandling.

GMS är en samverkan mellan Sveriges sju regioner med universitetssjukvård och de sju universitetet med medicinsk fakultet i Göteborg, Linköping, Lund, Stockholm, Umeå, Uppsala och Örebro. HMS involverar också olika samhällsintressenter i ett bredare samarbete: sjukvården, universitetet, SciLifeLab, näringslivet och patientorganisationer.

Satsningen finansieras av Swelife, Vinnova, Socialdepartementet, Barncancerfonden, SciLifeLab, de sju regioner med universitetssjukvård och de sju universitetet med medicinsk fakultet.

Svensk hälso- och sjukvård står stark i internationella jämförelser mycket tack vare en stolt historia av forskningsframsteg och innovationer. Detta är en tradition många vill värna. "Sverige ska vara en ledande life science-nation" slår regeringen fast i den svenska life science-strategin. Insikten att dagens forskning är morgondagens sjukvård är viktig, särskilt med tanke på de stora utmaningar som väntar. Fler blir äldre och befolkningmängden ökar – och med det kommer ökade vårdbehov.

Samtidigt är den ekonomiska verkligheten krass. Vilken hälso- och sjukvård vi kan ha i framtiden avgörs i mångt och mycket av politikens förmåga att fortsätta skapa förutsättningar för att ta tillvara innovationer i en pressad situation där behov behöver prioriteras.

I det svenska systemet är regionerna nyckelaktörer för att de nationella ambitionerna ska bli verklighet i vården. Marie Morell är moderat oppositionsråd i Region Östergötland. Hon ser att svensk sjukvård ligger i framkant i världen, men samtidigt är ojämn i sin förmåga att implementera innovationer.

– Ibland är vi jättebra på att ta in nytt, men ibland tar det alldeles för lång tid utan att någon riktigt förstår varför, säger Marie Morell.

Ibland är vi jättebra på att ta in nytt, men ibland tar det alldeles för lång tid utan att någon riktigt förstår varför.

MARIE MORELL

I Region Skåne är Anna-Lena Hogerud (S) regionråd. Även hon ser att svensk sjukvård är bra men att det finns potential att bli bättre.

– Det kan till exempel handla om att se till att avsätta tid till forskning för de anställda som forskar, så att det inte trängs undan av annat arbete. Att skapa sådant utrymme är förstås också en resursfråga, säger hon.

De är båda överens om att det behövs mer samordning och samarbete för att optimera utnyttjandet av framsteg inom forskningen.

– Det är viktigt att fortsätta fördjupa samarbetet med akademien och näringslivet för att ta till vara den potential som finns inom till exempel life science, säger Anna-Lena Hogerud.

Det är viktigt att fortsätta fördjupa samarbetet med akademien och näringslivet för att ta till vara den potential som finns inom till exempel life science.

ANNA-LENA HOGERUD

Marie Morell lyfter life science-noder och samarbetet inom Sydöstra sjukvårdsregionen som goda exempel.

– Vi behöver hela eko-systemet. En innovation och ny bra lösning behöver en finansiering, en betalningsmodell och en tanke om hur det ska fungera runt produkten. Här kan vi bli bättre på att beskriva behoven i vården för företagen så vi kan gå i takt med varandra.

Nya behandlingsalternativ kan skapa ett stort värde för den enskilde patienten i form av förbättrad hälsa och livskvalitet, och innebära investeringar i hälso- och sjukvårdssystemet och samhället som helhet på sikt. I ett tufft ekonomiskt läge ställs frågan: klarar regionerna att ta de hälsoekonomiska beslut idag som är nödvändiga för morgondagen?

– Det borde inte vara ett problem eftersom all hälso- och sjukvård går ut på att göra insatser där vinsten hamnar någon annanstans. Men vi är inte tillräckligt bra på detta idag. Jag tror vi behöver bli bättre på att fråga efter vilka förbättringar som kan bli resultatet av en investering, säger Marie Morell.

Enligt Anna-Lena Hogerud handlar det om politiska prioriteringar.

– Det är viktigt att regionerna avsätter pengar till investeringar, även om det innebär att man måste höja skatten. Rör det sig om väldigt stora investeringar som behövs i hela landet så kan det förstås också vara rimligt att staten hjälper till, men i grund och botten är sjukvård ett regionalt ansvar.

Det handlar inte enbart om resurser för att sjukvården ska ge rätt förutsättningar för innovationer. En miljö som stimulerar och hanterar nya metoder skapas inte i en handvändning. Anna-Lena Hogerud lyfter ledarskapets betydelse.

– En viktig del är att visa upp goda exempel och arbeta för att ledarskapet i organisationen ska genomsyras av en uppmanande inställning till innovationer. En annan del är att ta till vara på den kompetens som vår personal har, till exempel genom att förbättra förutsättningarna att ägna sig åt forskning parallellt med kliniskt arbete.

Marie Morell instämmer att ledarskapet är av stor vikt.

– Det behövs nyfikenhet och ett tillåtande arbetssätt. Vi behöver stärka upp och stimulera mer forskning och kliniska prövningar, där har vi halkat efter, säger hon.

När life science-frågor diskuteras är det sällan den mest intensiva politiska debatten. Det finns en relativt bred samsyn i att frågan är viktig.

– I det direkta arbetet upplever jag att det finns en stor samsyn över blockgränsen. Det är bra eftersom det ger en stabilitet och en långsiktighet som främjar forskning och innovationer, säger Anna-Lena Hogerud.

Marie Morell delar den bilden, men vill dock lyfta ett varningens finger i skillnaden i synen på privata alternativ.

– Jag känner en oro över den lagstiftning som kan komma av vänstergiren Socialdemokraterna gör. När man på olika sätt vill begränsa valfriheten och privata alternativ kommer det att påverka och på många håll sätta stopp för mycket av innovationskraften, säger hon.

Den regionala nivån är beroende av den nationella politiken. Där sätts ambitionen att Sverige ska vara ledande inom life science, men också ramverket för regionerna. Marie Morell ser lagstiftningen kring hälsodata som den fråga där den nationella nivån måste leverera snabbt.

– Sverige sitter på en guldgruva med data vi skulle kunna använda smartare. Vi skulle kunna arbeta förebyggande med att hitta riskgrupper och riskpatienter, säger hon.

När Anna-Lena Hogerud ska peka ut var den nationella nivån behöver bidra lyfter hon forskningsfrågorna.

– Finansiering av forskning är primärt ett statligt ansvar som är centralt för att främja nya innovationer. Det nya nationella systemet för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården har också en viktig roll att spela för att se till att nya rön och metoder kommer ut i verksamheterna på ett likvärdigt sätt i hela landet, säger hon.

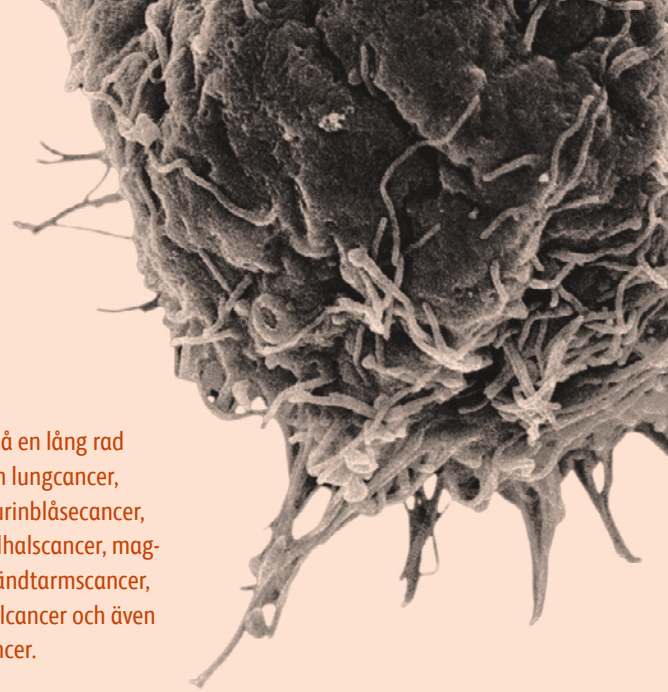
Frågan är hur stort utrymme frågor om morgondagens vård kommer att få i valrörelsen. Ska Sverige nå ambitionen om att vara en ledande life science-nation är det viktigt att ha blicken både på uppgiften närmast och på horisonten.



ANNA-LENA HOGERUD (S)



MARIE MORELL (M)



1990-talet

kom de första interleukin- och interferon-läkemedlen som påverkade immunförsvaret. Effekten var måttlig, biverkningarna ofta väldigt besvärliga och dessa läkemedel används inte i Sverige idag.

2006

kom de första immun-checkpointhämmarna i kliniska prövningar i Sverige.

2011

godkändes den första immun-checkpointhämmare för användning i rutinsjukvård i Sverige.

2013

utsågs immunterapi mot cancer till årets genombrott av tidskriften Science. Immunterapi hade länge funnits på forskarnas radar som en möjlig väg att gå, men det visade sig extremt svårt att få det att fungera. Nu såg man att det började fungera på en del subgrupper av patienter.

2015

godkändes de första PD1-hämmarna i Sverige.

2018

belönades två forskare, James P. Allison och Tasuku Honjo, med Nobelpriset för deras upptäckt av cancerbehandling genom hämning av immunförsvarets bromsmekanismer. De identifierade två olika proteiner som fungerade bromsande i immunförsvaret. Genom att påverka dessa lade de grunden till immunterapi.

2018

godkändes cellterapi behandling med CAR T-celler för leukemi och lymfom inom EU. Studier pågår på ett stort antal andra cancerformer.

2022

används immunterapi på en lång rad cancersjukdomar, såsom lungcancer, hudcancer, njurcancer, urinblåsecancer, matstrupscancer, huvudhalscancer, magsäckscancer, tjock- och ändtarmscancer, vissa typer av lymfkörtelcancer och även vissa former av bröstcancer.

2032

spår Lars Ny att PD1-hämmarna kommer vara basen i cancerbehandling, i kombination med andra immuncheckpointhämmare och andra läkemedel. Flera av dessa läkemedel finns i tablettform, vilket möjliggör enklare behandling. Cellterapi inklusive CAR T-behandling och andra nya former av immunterapi har blivit en behandlingsmöjlighet för de patienter som inte svarar på immuncheckpointhämmarna.

Kroppens eget försvar

– så har vi lärt oss förstärka immunsystemet

Tanken på att använda kroppens eget immunförsvar för att attackera cancerceller har funnits länge, men det är först under det senaste decenniet som behandlingar baserade på immunterapi har blivit etablerade. De nya läkemedlen har redan förändrat livet för tusentals patienter. Ändå kan de största upptäckterna inom immunonkologin ligga framför oss.

Under lång tid har läkare och forskare sett immunförsvaret som en naturlig del av behandlingen av cancer. Redan på 1960-talet kunde Georg och Eva Klein vid Karolinska Institutet visa att tumörceller kan utlösa specifika immunreaktioner.

– Det är under de senaste tio åren som immunterapi har slagit igenom. Innan dess var det mer en spännande och hypotetiskt intressant behandlingsform, men nu har vi lärt oss hur vi ska manipulera immunsystemet för att det ska attackera cancerceller, säger Lars Ny, överläkare ansvarig

för onkologens provningsenhet på Sahlgrenska universitetssjukhuset och lektor i immunonkologi vid Göteborgs universitet, som är en av pionjärerna inom området.

Till immunterapi vid cancer räknas det som kallas cytokiner, i form av interleukin och interferon, som på 1990-talet användes vid malignt melanom och njurcancer, och det som används idag i form av immuncheckpointhämmare och de senaste CAR T-behandlingarna.

Lars Ny har länge forskat just inom immunterapi och har varit med om utvecklingen inom området. Han var också en av de första att använda de nyare läkemedlen när de kom i början av 2000-talet, både i kliniska studier och i behandling inom rutinsjukvård.

Ett stort språng i utvecklingen, som också gav Nobelpriset 2018 till James Allison och Tasuku Honjo, rör det som kallas för immuncheckpointhämmarna (ICI). De upptäckte att genom att blockera signaler som hämmar cytotoxiska T-celler,

så kallade ICI, kan aktiverade T-celler angripa cancer.

– Istället för att stimulera cellerna, vilket riskerar en överaktivitet, tar man bort bromsen. Det ger T-cellerna kraften att angripa tumörer.

Det stora kliniska genombrottet var att binda till PD1-receptorn, som påverkar T-cellerna i en senare fas i deras utmognad. Den finns i princip enbart tumörnära och mindre uttryckt i resten av kroppen, säger Lars Ny.

Nästa hopp på utvecklingsstegen kom 2018 då de första CAR T-behandlingarna godkändes. Den behandlingen handlar om att plocka ut T-celler från en person med cancer, modifiera dessa genetiskt utanför kroppen så att de bättre kan inrikta sig på cancer, och sedan återföra dem så att de kan attackera cancer.

– Om tio år kommer vi ha immunterapi även vid normalt svårbehandlade sjukdomar som prostatacancer och bukspotts-körtelcancer. Det är jag helt övertygad om, säger Lars Ny.

Den tvärvetenskapliga kraften

Forskningsframsteg inom diagnostik är avgörande för att utveckla cancervården – om vi kan upptäcka fler fall av cancer i ett tidigt skede kommer också fler att potentiellt kunna få hjälp i tid.

I frontlinjen i det arbetet spelar användningen av artificiell intelligens, AI, en central roll. Men den tvärvetenskapliga forskningen om AI genererar nya utmaningar och kommer att sätta dagens strukturer under press.

Den nationella forskningsarenan AIDA (Analytic Imaging Diagnostics Arena) vid Linköpings universitet samordnar svensk forskning inom medicinsk bildanalys. Målsättningen är att få till stånd en storskalig användning av AI inom hälso- och sjukvården.

– Grundsytet är att ta AI som redan finns idag ut till vården. Vi vet att tekniken är oerhört kraftfull, ändå används den i liten utsträckning, säger Claes Lundström, arenaledare för AIDA.

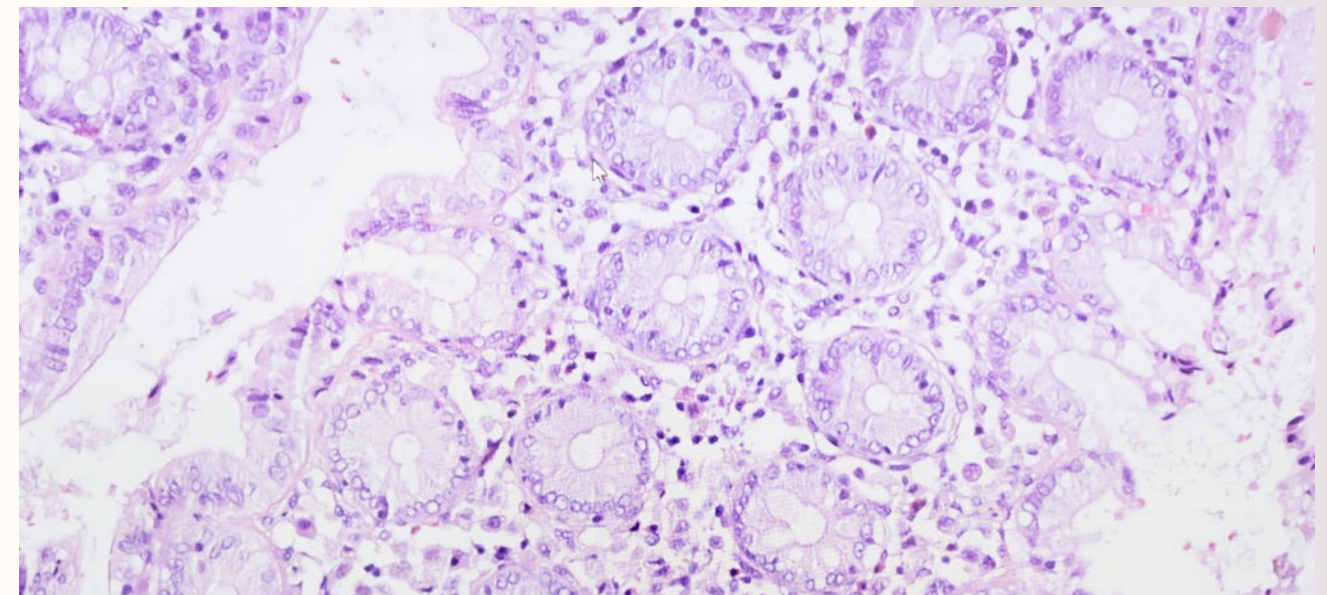
Claes Lundström efterlyser ett mer tvärvetenskapligt angreppssätt för att få ut den nya tekniken i vårdverkligheten. Vårdprofessionen måste förvisso lära mer om tekniken, men teknikerna måste också anpassas bättre efter hälso- och sjukvårdens behov. För att ta sig an den utmaningen bildades AIDA 2017. Inom AIDA samverkar akademin, hälso- och sjukvården och industrin för att omsätta tekniska framsteg inom AI-teknik till patientnytta i form av kliniskt användbara verktyg.

Linköpings universitet är värd för arenan och står för den tekniska infrastrukturen, men forskningen pågår på olika håll i landet. Totalt har AIDA finansierat 50 projekt sedan starten, varav knappt 20 är pågående. Satsningen får stöd från bland annat innovationsmyndigheten Vinnova. >>>



Grundsytet är att ta AI som redan finns idag ut till vården. Vi vet att tekniken är oerhört kraftfull, ändå används den i liten utsträckning.

CLAES LUNDSTRÖM



Martin Lindvall är forskningsansvarig för ett projekt som fokuserar på hur AI kan användas i diagnostiseringen av tjocktarmscancer. Den specifika uppgiften för AI i projektet är att upptäcka metastaser i lymfkörtlarna efter operation och på så sätt kunna bedöma risken för spridning. Patologen granskar i vanliga fall vävnadsproverna med mikroskopi (analogt eller digitalt) för att se om det finns metastaser, vilket ligger till grund för beslutet om patienten ska behandlas med cellgifter. Det är ett exempel på en uppgift som är tidskrävande och där AI-verktyg skulle kunna vara värdefulla, menar Martin Lindvall.

– I studien har vi utgått från en nära framtid, där patologen sitter i framsätet med AI som stöd. Det kommer att dröja länge innan AI kan fatta alla beslut, dit kommer vi inte under vår livstid, säger han.

Hans studie visar att AI och patologen tillsammans genomgående är snabbare än när patologen arbetar på egen hand. Resultatet håller även något högre kvalitet, trots att AI-stödet ibland begår misstag och inte är lika skickligt som de seniora patologerna.

För de vårdanställda gäller det dock att ha förståelse för vad det är för slags kollega de får i form av AI.

– Normalt betraktar du en kollega som ungefär lika duktig som dig själv men så är inte fallet med AI. Du kan jämföra med en narkotikahund som är mer kompetent än en polis på vissa uppgifter, men som man inte skulle låta fatta några polisiära beslut, säger Claes Lundström.

Han menar att användandet av AI i högsta grad kommer att gagna patienterna. Idag är det ett stort problem med väntetider inom bland annat patologin, så allt som kan snabba på processen har stor betydelse för hela vårdförloppet.


Trots att Claes Lundström ser en stor potential med AI konstaterar han att det finns många hinder för att få ut tekniken i hälso- och sjukvården. Det handlar dels om en trötthet; när man kämpar med att få vardagen att gå ihop, och har haft det särskilt tufft under pandemin, finns inte ork för innovationer och digitalisering. Dessutom saknas strukturerna. Om han fick bestämma skulle varje avdelning inom vården ha en egen budget för innovation. >>>>

AIDA

Analytic Imaging Diagnostics Arena (AIDA) är en nationell arena för forskning och innovation inom medicinsk bildanalys. AIDA är ett tvärvetenskapligt samarbete som syftar till storskalig användning av AI i sjukvården. I arenan möts akademi, sjukvård och industri för att omsätta tekniska framsteg inom AI-teknik till patientnytta i form av kliniskt användbara verktyg. Största delen av AIDA:s resurser används för projekt som utvecklar AI-baserade beslutsstöd. Dessa projekt drivs av forskargrupper inom industri och akademi runt om i landet, i samarbete med vårdgivare.

Värd och fysisk mötesplats för AIDA är Centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering (CMIV) vid Linköpings universitet.

AIDA ingår i det strategiska innovationsprogrammet Medtech4Health, som innovationsmyndigheten Vinnova, forskningsrådet Formas och Energimyndigheten står bakom.



— Det kommer att dröja länge innan AI kan fatta alla beslut, dit kommer vi inte under vår livstid.

MARTIN LINDVALL

Ytterligare ett hinder är att det saknas incitament för behovsmotiverad och tvärvetenskaplig forskning, som i jämförelse med grundforskning är betydligt mindre meriterande för den akademiska karriären.

– Hela det akademiska systemet är silobetonat. Det är betydligt lättare att göra karriär som forskare och utveckla AI och algoritmer. Att utveckla AI utifrån faktiska behov i vården är betydligt mer otacksamt och svårare akademiskt, säger Claes Lundström.

Han menar att det kommer att krävas ökade resurser både i form av pengar och kompetensutveckling för att AIDA ska nå sitt mål att få till stånd en storskalig användning av AI inom hälso- och sjukvården.

En viktig uppgift för AIDA är därför att bedriva utbildning med specialanpassade kurser riktade mot läkare som radiologer och patologer, som under tre dagar får lära sig grunderna inom AI med syftet att kunna identifiera verksamhetsbehoven och specificera dessa inför forskare och utvecklare.

Men för att få de tekniska framstegen att nå hela vägen ut på vårdgolvet saknas ytterligare en pusselbit enligt Claes Lundström; det behövs fler personer med datavetenskaplig expertis som stöd ute i organisationen. Han efterlyser individer med såväl teknisk som beteendevetenskaplig kompetens och lyfter fram Martin Lindvall med sin expertis inom såväl kommunikationsvetenskap som teknik som ett ovanligt exempel.

– Det finns för få personer med den profilen. Som både kan programmera AI, har kunskaper i interaktionsdesign och dessutom en medicinsk förståelse, säger Claes Lundström.

Blodspår

Att med ett blodprov få svar på om du har cancer kan snart bli verklighet. Vid Örebro universitet pågår ett forskningsprojekt för att lära mer om hur cirkulerande biomarkörer kan användas för prediktiv testning, för att följa upp effekten av behandling och för att upptäcka återfall.

I projektet Allvos studerar forskarna vid Örebro universitet patienter som utreds i det standardiserade vårdförloppet "Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer". Syftet är att ta fram ett test för att upptäcka cancer och även kunna fastställa tumörens ursprungsvävnad genom att kombinera olika typer av cirkulerande biomarkörer.

Allvos är en del i ett större forskningsprojekt kring biomarkörer där Gisela Helenius är huvudansvarig forskare. Hon är FoU-samordnare och adjungerad universitetslektor vid institutionen för medicinska vetenskaper på Örebro universitet.

Gisela Helenius ser stora möjligheter med att använda biomarkörer för att upptäcka cancer.

– Det finns en otrolig potential på sikt att förbättra för patienten genom möjligheten att upptäcka cancer tidigare. Definitivt när patienten har symtom, men på längre sikt förhoppningsvis ännu tidigare, säger Gisela Helenius.

Hon menar att användandet av biomarkörer kan ge stora besparingar åt hälso- och sjukvården. Dels genom att cancer – och även återfall – upptäcks tidigare. Men minst lika viktigt kan det bli att kunna utesluta att patienten har cancer.

Diagnostiken kommer också att bli mer effektiv och patienterna kan få snabbare svar under hela sjukdomsförloppet.

Genom att återfall kan upptäckas tidigare ökar även möjligheterna till mer individanpassade lösningar med målinriktade och skräddarsydda behandlingar.

De farhågor Gisela Helenius ser handlar om risken för att även upptäcka tumörer som inte är maligna, och därmed skapa onödig oro för patienten och en ökad belastning på hälso- och sjukvården.

– Det är viktigt att studier görs tillsammans med dem som behandlar patienterna. Det är då man får de stora vinsterna, säger hon och efterlyser en bättre kontakt mellan behandlande läkare och de som ställer diagnos.

En annan förutsättning menar hon är att hälso- och sjukvården verkligen vill förändra sitt arbetssätt. Till exempel borde användandet av biomarkörer implementeras i de nationella vårdprogrammen.

– Det kan vara trögt att införa den nya tekniken. För att lyckas måste vi ha tydlig evidens men också jobba tillsammans nationellt, exempelvis som vi gör inom Genomic Medicine Sweden, avslutar Gisela Helenius.





På patienternas villkor

Patienterna själva är viktiga för att driva utvecklingen av den svenska hälso- och sjukvården. Trots sjukdom är det många som engagerar sig för att vara med och påverka. Margareta Haag sitter med som patientföreträdare i ett flertal arbetsgrupper om allt från precisionsmedicin till samverkansmodeller och har varit ordförande för Nätverket mot cancer sedan 2018.

Hon ser stora möjligheter för cancervården att utvecklas genom tillgången till nya behandlingar. Men jämlikheten måste öka, så att alla patienter får samma vård oavsett var de bor.

– Det krävs en starkare nationell styrning för att vi ska komma dit, säger hon.

Vi träffar Margareta Haag vid vägens slut, på en udde i Saltsjöbaden där landsbygden tagit vid och kollektivtrafiken slutat gå. Här i den röda sekelskiftsvillan vid Baggensfjärden har hon och hennes man suttit i karantän de senaste två åren.

Margareta Haag har tillbringat en stor del av den tiden i matsalen, framför den bärbara datorn som hon har placerat på en hög med böcker. De digitala mötena har avlöst varandra. Förutom att vara ordförande för Nätverket mot cancer och Svenska Ödemförbundet sitter hon med i ett flertal arbetsgrupper, bland annat i en arbetsgrupp om precisionsmedicin som är en del av regeringen satsning på life science. Ofta är hon med som en av ett fåtal patientrepresentanter.

Att vara patientföreträdare i arbetsgrupper med i övrigt friska människor kan vara utmanande. Margareta Haag upplever att det ibland saknas förståelse för att patientföreträdarna, som i stort sett alltid själva är drabbade av den sjukdom de företräder, inte alltid mår bra med att delta i mötena. Så är det däremot inte på styrelsemötena i Nätverket mot cancer.

– I våra arbetsgrupper är det nästan alltid ett par personer som är sjuka. Det räknar vi med. Två av tio i styrelsen faller bort varje år för att de är för sjuka för att orka fortsätta eller dör, berättar Margareta Haag.

Det som för andra känns ogripbart är vardag i en patientorganisation. Här gäller det att hålla hoppet uppe och fira när proverna vid ett fruktat läkarbesök visar sig vara bra.

– Vi firar ofta, oftare än andra, fortsätter Margareta Haag med ett leende.

Nätverket har tre prioriterade frågor: att säkerställa en jämlik vård så att cancerpatienter vid behov får möjlighet att ta del av nya behandlingsmöjligheter som immunterapi och precisionsmedicin oavsett var i landet de bor; att verka för tidig upptäckt av cancer bland annat genom stöd åt primärvården; och att säkerställa en välfungerande cancerrehabilitering. Margareta Haag själv ansvarar för frågorna kring immunterapi och precisionsmedicin. Hon betonar vikten av att cancerpatienterna ska kunna få tillgång till de nya behandlingsformerna oavsett var de bor.

– Inom nätverket så ser vi immunterapi och precisionsmedicin som något som ger nytt hopp. Det finns ingen rädsla för biverkningar, vi är så vana vid biverkningar från cellgifter.

För att patienter över hela landet ska kunna få samma behandlingsmöjligheter krävs en starkare nationell styrning, menar Margareta Haag. Hon gör en jämförelse med Norge, där cancervården är statlig. Här i Sverige tror hon att en möjlig lösning skulle kunna vara att ge en statlig myndighet, till exempel Socialstyrelsen, ett tydligt uppdrag och starkare mandat att säkerställa en jämlik vård som utgår från patienternas behov.

– Det måste finnas en nationell samverkan. Om det till exempel inte finns tillgång till vård i en region ska patienten kunna få vård i en annan region. Ingen ska behöva köa – och dö – innan den har fått vård. Vi behöver också ha journal-system som talar med varandra och möjlighet att dela data. Om jag är medvetslös efter en bilolycka i Linköping och mantalsskriven i Stockholm kan det vara omöjligt att få fram mina data. Där måste det bli en förändring, menar hon.

För att vården ska kunna ta till sig av de nya möjligheterna och hantera de nya flöden som uppstår bland annat vid tidigare upptäckt av cancer menar Margareta Haag att det krävs kompetenser som inte finns idag. Det kan handla om personer som är både ingenjörer och onkologer eller läkare som är både kardiologer och onkologer. Forskningen måste också ske inne i vården i större utsträckning än idag. Här nämner hon PMCK, Precision Medicine Center Karolinska, ett unikt samarbete mellan Karolinska Institutet och Karolinska Sjukhuset som ett bra exempel.

– Jag tror att det kommer att bli ett helt annorlunda arbets sätt, som är bättre för patienterna.

Margareta Haags engagemang bottenar i en egen cancer-sjukdom – hon är idag diagnosticerad med kronisk blodcancer. Första gången cancer upptäcktes var 1994. Margareta Haag hade smärta i ljumsken och gick till företagsläkaren som gav diagnosen ljumskbräck. Operationen kändes inte allt för brådskande. Margareta Haag tyckte inte att hon hade tid – hon var på väg till en konferens i Kanada och beslöt sig för att vänta några månader. När det väl blev dags för operation upptäcktes cancer.

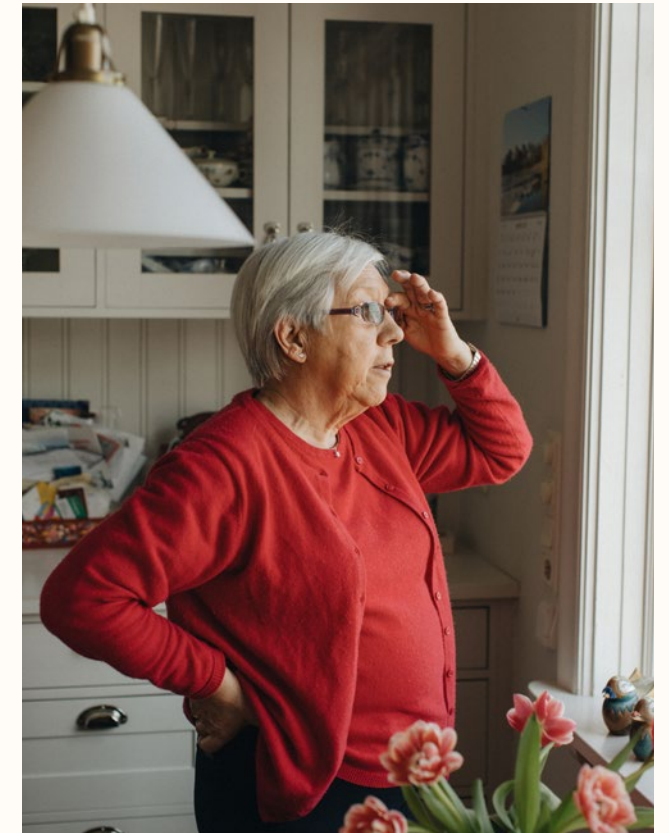
– Det är så otroligt viktigt med tidig upptäckt. Om cancer upptäcks i tid kan den behandlas, annars är det ofta för sent.

Tidig upptäckt av cancer är en av de frågor som Nätverket mot cancer har drivit hårt under senare år. Bland annat driver nätverket på för att läkarna inom primärvården ska få verktyg som underlättar diagnosticeringen. >>>>

Nätverket mot cancer

Nätverket mot cancer är en ideell förening som ursprungligen startade som ett projekt 2009. Syftet var att genom opinionsbildning och kunskapshöjande aktiviteter lyfta gemensamma frågor för de cancerprofilerade patientföreningarna, samt skapa ett ökat fokus på cancerfrågor såväl politiskt som medialt inför det stundande riksdagsvalet.

Idag representerar Nätverket mot cancer 14 medlemsorganisationer och 30 000 individuella medlemmar.



MARGARETA HAAG har ett tiotal olika uppdrag som patientföreträdare. Utöver att vara ordförande för Nätverket mot cancer och för Svenska Ödemförbundet sitter hon bland annat med i arbetsgruppen för precisionsmedicin inom regeringens samverkansprogram Hälsa och Life Science; i Genomic Medicine Swedens, GMS, samverkansråd; i Svenska kommuner och regioners, SKR:s, arbetsgrupp för diagnostisk cancergenomik samt i det globala nätverket All Can Sweden för en framtida hållbar cancervård.

Om fem år tror jag att precisionsmedicin och immunterapi har införts på bred front.

MARGARETA HAAG

– Forskare i Storbritannien har tagit fram ett riskanalysverktyg för 18 olika cancerdiagnoser som består av ett digitalt verktyg kopplat till journalsystemet, en lista med saker att fråga patienterna om. Om det är flera saker på listan som stämmer ska patienten få remiss till specialistläkare. Det här är något som vi har föreslagit även ska implementeras i Sverige, berättar Margareta Haag.

När Margareta Haags egen cancer upptäcktes 1994 var det en aggressiv men behandlingsbar form, och hon fick cellgifter och strålning. Det kändes hoppfullt, "bara lite cancer" som Margareta Haag uttrycker det. Men två år senare kom cancer tillbaka. Denna gång var den kronisk – eller "icke botbar", för att använda läkarnas ord.

– Det var först när cancer kom tillbaka som jag på allvar förstod att jag måste ändra hela mitt liv. Idag hade cancer kanske gått att behandla med immunterapi eller precisionsmedicin men det fanns ju inte då.

Som en följd av cancerbehandlingen drabbades Margareta Haag av lymfödem, en sjukdom som ofta men inte alltid är en följd av cancer och som tar sig uttryck i svullnader när lymfvätskan har svårt att transporteras i kroppen. Hon var med och startade Svenska Ödemförbundet 1999, som senare blev ett av medlemsförbunden i Nätverket mot cancer.

När cancer kom tillbaka en andra gång var Margareta Haag VD för en internationell yrkesfederation för biomedicinska analytiker, vilket innebar otaliga resor över hela världen. Till slut kände hon att det inte längre fungerade. Det var för tufft att fortsätta det krävande jobbet med den kroniska sjukdomen i kroppen. Istället flyttade hon till sin man som arbetade med Ericsson i Singapore. Det var där hon bodde när cancer kom tillbaka en tredje gång efter millennieskiftet.

Margareta Haag "sattes på övervakning" med tester och datortomografi var tredje månad efter behandling med cellgifter. Till slut fick hon nog. Hon ville inte göra fler dator-tomografiundersökningar utan kom överens med sin

hematolog att höra av sig om hon blev sämre, annars fick det räcka med tester och läkarbesök en gång om året. Så har det varit sedan dess och under pandemin har besöken kunnat göras digitalt.

Vardagen kommer långsamt tillbaka efter de senaste årens isolering. I dagarna ska Margareta Haag ha sitt första fysiska jobbmöte sedan pandemiutbrottet. När hon blickar framåt och ger sin drömbild av cancer-vården om fem år tvekar hon inte om vad som måste genomföras. På hennes önskelista finns bland annat de åtgärder som vi tidigare har pratat om. Jämlik vård är den fråga som hon tycker är allra viktigast inför valet. Hoppet lyser igenom när hon talar om nya möjligheter som öppnar sig.

– Om fem år tror jag att precisionsmedicin och immunterapi har införts på bred front. Jag tror också att gensekvensering sjunker i pris. Idag görs gensekvensering bara för vissa cancerformer, till exempel barncancer och bröstcancer, men jag hoppas att det ska användas för många andra cancerformer.

Margareta Haag menar att möjligheterna med gensekvensering kommer att påverka inte bara vårdens arbetssätt utan även patientföreningarna.

– Om du har bröstcancer och genomför en gensekvensering och ser en genmutation och sedan upptäcker man att din bror, som har prostatacancer, har samma genmutation kan samma precisionsmedicin fungera. Då finns inte längre samma behov av att dela upp sig i olika cancerdiagnosföreningar, menar hon.

Intervjun går mot sitt slut. Margareta Haag följer oss ut på tomten där vårsolen har börjat värma på allvar. Baggensfjärden som tidigare legat spegelblank av nattens tunna is har fått krusningar. Hon går tillbaka in i huset, där datorn väntar i matsalen. Snart är det dags för nästa jobbmöte.

Med nyfunnet hopp

För patienter med matstrups- och magsäckscancer har behandlingsmöjligheterna tidigare varit begränsade, men med immunterapi har denna grupp svårt sjuka patienter fått nytt hopp under de senaste åren.

Horizont har träffat några av de forskare och patientföreträdare som arbetar med att utveckla vården runt dessa patienter.

Magnus Nilsson är professor och överläkare i kirurgi på Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset, specialiserad på matstrups- och magsäckscancer.

Sedan behandlingar med immunterapi kom ser han med allt större tillförsikt på möjligheterna för patientgruppen. Hittills har prognosen för patienter med matstrups- och magsäckscancer varit dålig, med en femårsöverlevnad på endast 10–20 procent.

– Immunterapi är en fantastisk möjlighet som nu öppnar sig i klinisk praxis. Jag tror att det kommer att förändra vården, säger han.

Det är dock inte alla patienter som svarar på de nya behandlingarna. Magnus Nilsson uppskattar att ungefär hälften av patienterna med matstrups- och magsäckscancer kan komma i fråga för immunterapi. Det innebär att patienter som tidigare bara erbjudits palliativ behandling kommer att få en ny chans.

Magnus Nilsson arbetar kliniskt 50 procent av sin arbetstid vilket betyder att han träffar patienter dagligen. Det perspektivet tar han sedan med sig in i forskningen. Han efterlyser en större helhetssyn och menar att det är viktigt att samarbeta över professionsgränserna. Många patienter får både cellgifter och strålning och blir sedan opererade. Då är det viktigt att kirurger kan samarbeta med onkologer och patologer och att det forskas mer kring kombinationen av kirurgi, kemoterapi och strålbehandling.

– Patientperspektivet är allra viktigast. Vi försöker bota så många som möjligt men det är nästan lika viktigt att lindra och bibehålla livskvalitet. Då måste vi också veta vad patienten bedömer är livskvalitet.

Just livskvalitet är något som forskarkollegan Pernilla Lagergren, sjuksköterska och professor i kirurgisk vetenskap, har undersökt i den så kallade OSCAR-studien (Oesophageal Surgery on Cancer patients – Adaptation and Recovery). Totalt ingår drygt 400 personer som har opererats för matstrups-cancer i Sverige under perioden 2013–2020, vilket motsvarar en deltagarfrekvens på nästan 70 procent. Patienterna undersöks vid upp till sju tillfällen, från ett år till tolv år efter operationen och får då svara på frågor bland annat om hur de upplever sin livskvalitet. Vid ett år och fem år efter operationen har även en personlig intervju med patienterna genomförts. Patientens närstående har också besvarat enkäter vid samma tidpunkter.



– Jag arbetade tidigare som kontaktsjuksköterska för matstrups-cancerpatienter. I samband med det dök det upp en massa frågeställningar kring patientperspektivet, så jag började forska kring det, berättar Pernilla Lagergren.

Idag forskar hon på heltid och delar sin tid mellan arbete på Karolinska Institutet med en annan professorstjänst på Imperial College i London, dit hon rekryterats för att öka deras patientperspektiv i forskningen.

I OSCAR-studien har Pernilla Lagergren och hennes forskningsgrupp kunnat inkludera aspekter som det inte tidigare forskats kring. Till exempel ett flertal symtom, psykologiska aspekter, nutritionsfaktorer och närstående perspektiv.

– Vi måste göra hälso- och sjukvården medveten om patienternas upplevelse av både sjukdomen och dess behandling. Det finns även en stor efterfrågan på information om problem som kan uppstå samt vad man kan göra åt dessa. Det är viktigt att utveckla användarvänliga verktyg som tillgängliggör informationen för patienterna själva, menar Pernilla Lagergren.

Forskningsgruppen har gjort en populärvetenskaplig sammanfattning av de inledande forskningsresultaten från OSCAR-studien, som patienterna ska kunna ta del av. Forskarna arbetar även med att ta fram en mobilapplikation för att stötta patientgruppen i återhämtningen.

– Vi vill ta fram mer evidensbaserad information till vården om olika typer av patienter som behöver olika stödåtgärder, i syfte att få till en mer individanpassad vård, säger Pernilla Lagergren.

Olof Riesenfeld är vice ordförande för Cancerföreningen PALEMA och har själv erfarenhet av matstrups-cancer. För honom kom symtomen plötsligt. Han satt på en middag och fick svårt att svälja. Cancern var då så långt framskriden att tumören fyllde större delen av matstrupen. Idag har det gått tio år sedan operationen.

Under sjuktiden saknade Olof Riesenfeld kontakt med andra som drabbats av samma sjukdom. Han gick därför med i PALEMA när han fick kännedom om föreningen 2017. PALEMA är en förening för cancer i övre magtarmsystemet. PA står för pankreas, LE för lever/galla och MA för matstrupe/magsäck.

– På MA-sidan har vi mycket god kontakt med vården. Patienter med matstrups-cancer opereras bara på universitetssjukhusen. Totalt handlar det om ett tiotal kirurger och några av oss som är aktiva i föreningen träffar flera av dem i olika sammanhang, säger Olof Riesenfeld.

Patientperspektivet är allra viktigast. Då måste vi också veta vad patienten bedömer är livskvalitet.

MAGNUS NILSSON

De behandlingar som nu godkänns för matstrups- och magsäckscancer skulle kunna ändra förutsättningarna för många av PALEMA:s medlemmar. Men Olof Riesenfeld konstaterar att det finns stora variationer mellan olika delar av landet i fråga om möjligheter att ta del av dem.

– PALEMA verkar för att det ska vara jämlik vård över hela landet – att alla ska ha samma möjligheter att ta del av nya behandlingsmöjligheter oberoende av var de bor. Vi verkar för att nya kompletterande behandlingar med precisionsmedicin och immunterapi ska introduceras snabbare i Sverige, säger han.

Starkt samarbete i Skåne

Den onkologiska kliniken vid Skånes universitetssjukhus ligger långt framme när det gäller att implementera behandlingar med immunterapi. För att lyckas i arbetet är det viktigt att samarbeta, över klinik- och professionsgränserna, menar Karolina Boman, överläkare på kliniken och specialist på cancer i magtarmkanalen och med särskilt intresse för cancer i matstrupe och magsäck.



Ett holistiskt synsätt ligger till grund för arbetet på den onkologiska kliniken vid Skånes universitetssjukhus. Grundläggande är att inte bara se patienterna som sin sjukdom, utan som de människor de är, med olika behov och förutsättningar.

Att erbjuda behandling med immunterapi är en viktig del i arbetet med att ge bästa möjliga vård. Samtidigt, konstaterar Karolina Boman, är det inte alla personer som kan tillgodogöra sig behandlingarna.

– Om man ska vara krass så är behandlingar med immunterapi dyra. Om vi ska kunna föra in behandlingarna på bred front tror jag att vi kommer att behöva ett tillskott i vår läkemedelsbudget. De nya behandlingsmöjligheterna tar ju inte direkt bort behovet av andra behandlingar.

Karolina Boman lyfter också fram vikten av bättre prediktion, så att rätt patienter kan få rätt behandling vilket kan minska läkemedelskostnaderna. Då krävs ett fungerande samarbete, inte minst med patologerna.

– Jag hoppas att vi ska få fler behandlingsmöjligheter för alla cancerpatienter, men jag känner extra mycket för de med cancer i matstrupe och magsäck. De har en mycket svår sjukdom. Med bra prediktion kan vi lättare skraddarsy behandlingar, men det kräver samarbete över klinikgränserna, säger hon.

Med bra prediktion kan vi lättare skraddarsy behandlingar, men det kräver samarbete över klinikgränserna.

Hon har själv disputerat på biomarkörer och menar att de kommer att få allt större betydelse för att se vilka patienter som kan komma i fråga för immunterapi.

– Drömmen skulle vara att hitta ett batteri av biomarkörer så att man kan hitta rätt behandling oberoende av tumörursprung. Det allra bästa vore ju också om vi kunde förebygga cancer i ännu högre utsträckning samt att hitta personer med cancer tidigare genom att komplettera med olika typer av screening, säger hon.

Karolina Boman har jobbat en stor del av sitt yrkesverksamma liv på onkologen. Hon började sommarjobba som sjukvårdsbiträde som 16-åring på onkologen i Umeå. Sedan kom studier och allmäntjänstgöring. 2008 kom hon till Skåne och började på onkologen.

Idag är hon en av 15 onkologer på den onkologiska kliniken vid Skånes universitetssjukhus som är specialiserade på cancer i magtarmkanalen. Totalt arbetar cirka 120 läkare på kliniken, som finns i Lund och Malmö, och dessutom på tre så kallade konsultorter; Helsingborg, Kristianstad och Ystad, med syftet att läkarna ska åka till patienterna istället för tvärt om. Karolina Boman alternerar mellan Malmö och Lund och har varit en hel del i Ystad.

Kliniken arbetar mycket med kunskapsspridning. Dels inom den egna gruppen, där specialist- och överläkarna har regelbundna uppdateringar för ST-läkarna, dels med en grundinställning att kollegor ska lära varandra. Kliniken har både nationell och internationell närvaro, genom att delta i olika möten, konferenser och kongresser.

– Vi jobbar även med kunskapsspridning över professionsgränserna. Om någon vecka ska jag träffa kirurgerna för att prata om immunterapi och de är alltid villiga att lära oss om kirurgi, berättar hon.

Karolina Boman är tydlig med att kliniken strävar efter ett gott arbetsklimat, samarbete och den bästa patientvården. Här har även multidisciplinära konferenser (MDK) stor betydelse. För varje cancerform inom magtarmområdet hålls MDK mellan en och fyra gånger i veckan. På dessa deltar åtminstone kirurger, radiologer, onkologer, patologer, kliniska fysiologer och kontaktsjuksköterskor.

– Det stärker känslan att vi gör det här tillsammans, och tillsammans bidrar vi till bästa omhändertagande av patienterna. Alla som deltar i konferenserna är extremt skickliga och många är i framkant både nationellt och internationellt, säger Karolina Boman och menar att vi överlag har en väldigt bra cancersjukvård i Sverige.

– Jag är stolt över det vi gör för patienterna, men det är klart att jag ser fram emot att kunna ge bättre och bättre behandling. Vi har nog till exempel bara sett början av vad immunterapi kan göra för den här gruppen patienter, avslutar hon.

DRIVKRAFTEN:

*En smidigare
vård för
patienterna*

Hon har suttit på många stolar inom den svenska cancervården, och insåg tidigt att nyckeln till framgång stavs samverkan. Horizont har träffat onkologiprofessorn Beatrice Melin för ett samtal om framtidens precisionshälsa, hur biofeedback kan engagera medborgarna i sin hälsa och varför vården borde jobba mer missionsorienterat.

Om det är någon som har ett brett perspektiv på cancervården, så är det Beatrice Melin. Exilgotlänningen är inte bara professor i onkologi vid Umeå universitet och specialiserad på hjärntumörer. Hon har också ett förflutet som chef för Regionalt cancercentrum norr, cancersamordnare vid Sveriges kommuner och landsting och ordförande för Regionalt cancercentrum i samverkan.

– Ibland tänker jag att det mest spännande vore att enbart sitta och klura på mina hjärntumörer. Men för mig är det helt uppenbart att om du vill medverka till de stora förändringarna, då måste du vara med och påverka systemet på flera nivåer, säger Beatrice Melin som svar på frågan varför hon ständigt återvänder till nya samordnande roller.

Sedan ett år tillbaka är hon även forsknings-, utvecklings- och innovationsdirektör i Region Västerbotten.

– Jag är inte så exekutiv, utan det är en deltidstjänst som handlar om att ge strategiska råd. Samtidigt lär jag mig mycket som jag har användning för i min forskning. Så det går åt båda hållen, säger Beatrice Melin ödmjukt.

Forskningen är fortfarande kärnverksamheten, som hon uttrycker det. I oktober fick Beatrice Melin och hennes team ett anslag från Erling Perssons stiftelse för att försöka förstå samspelet mellan hjärntumör och diabetes.

– Vi har fått många indicier som säger att diabetes verkar vara skyddande för hjärntumör, utan att vi vet varför. Men vi vet att metabola mönster är viktiga vid diabetes, och att det finns metaboliter som uppkommer strax innan man hittar en hjärntumör.

– Så vi tror att det har med metaboliter att göra, men man vet aldrig. Det är det som är så spännande med forskning, skrattar hon.

Förhoppningen är att hitta biomarkörer – det vill säga ämnen i blodet som kan dyka upp hos personer som senare utvecklar samma sjukdom – och på så vis kunna upptäcka tumörer i ett tidigt skede. För att lyckas ska forskarna analysera blodprover från såväl diabetes- som tumörfall, tagna före och vid diagnos.

Proverna kommer från Västerbottens interventionsprojekt där man använder sig av Region Västerbottens världsunika biobank. Samtidigt är teamets forskning en del av satsningen PREDICT, en plattform för studier inom precisionshälsa som nu är under uppbyggnad. >>>



Beatrice Melin

Professor i onkologi vid Umeå universitet, huvudprojektledare för forskningsprojektet PREDICT och FoUI-direktör i Region Västerbotten. Tidigare cancersamordnare vid Sveriges kommuner och landsting och ordförande för Regionalt cancercentrum i samverkan.

För mig är det helt uppenbart att om du vill medverka till de stora förändringarna, då måste du vara med och påverka systemet på flera nivåer.

BEATRICE MELIN

– Hela tanken med PREDICT är att kunna studera biomarkörer och samsjuklighet för olika sjukdomar, förklarar Beatrice Melin, som även är huvudprojektledare för plattformen.

PREDICT är ett tydligt exempel på forskningsprojekt som kan bidra till bättre hälsa och ökad överlevnad i framtiden.

Men det räcker inte bara med forskning, betonar Beatrice Melin. För att vården ska kunna omsätta genombrotten i klinisk användning kommer det krävas stora förändringar inom cancervården. Hon menar därför att det är minst lika viktigt med strukturella satsningar.

– Ta tarmcancerscreening som exempel. Det är kostnads-effektivt men kräver jättemycket jobb att rulla ut. Samtidigt är vårdköerna långa och det tar tid innan man ser vinsterna. Då måste man jobba med samverkan! Det är då man kan göra piloter som visar att de nya lösningarna fungerar, och stötta regionerna i att ta puckerkostnaden. Annars hade man kanske inte kommit i gång med screening.

Beatrice Melins erfarenhet är att när en förändring lyckas, då är det för att alla går åt samma håll – från hälso- och sjukvårdsdirektören till professionen och patienten. Hon lyfter fram Regionalt cancercentrum som en föregångare i att tänka missionsorienterat.

– ”Missions” är ett arbetssätt som passar bra när det är många aktörer inblandande, men alla har samma mål. Man identifierar då strategier för att komma till målet och ser vem som behöver göra vad. I EU:s nya ramprogram har man tagit fram fem missions, varav cancer är ett. Det ska bli intressant att följa det arbetet, säger hon.

Att hela hennes yrkesliv har kommit att kretsa kring det onkologiska fältet har sina skäl.

– Jag hade släktingar under min uppväxt som drabbades av cancer och gick bort, det tror jag verkligen har påverkat mig i mitt yrkesval. Allt med cancer kändes viktigt.

Arton år gammal flyttade Beatrice Melin från Gotland för att läsa medicin i Umeå. Som kliniker har hon sedan arbetat med blodcancer, ben- och bindvävstumörer och strålbehandling hos barn.

En händelse hon minns särskilt väl är introduktionen av den första tyrosinkinashämmaren mot leukemi.

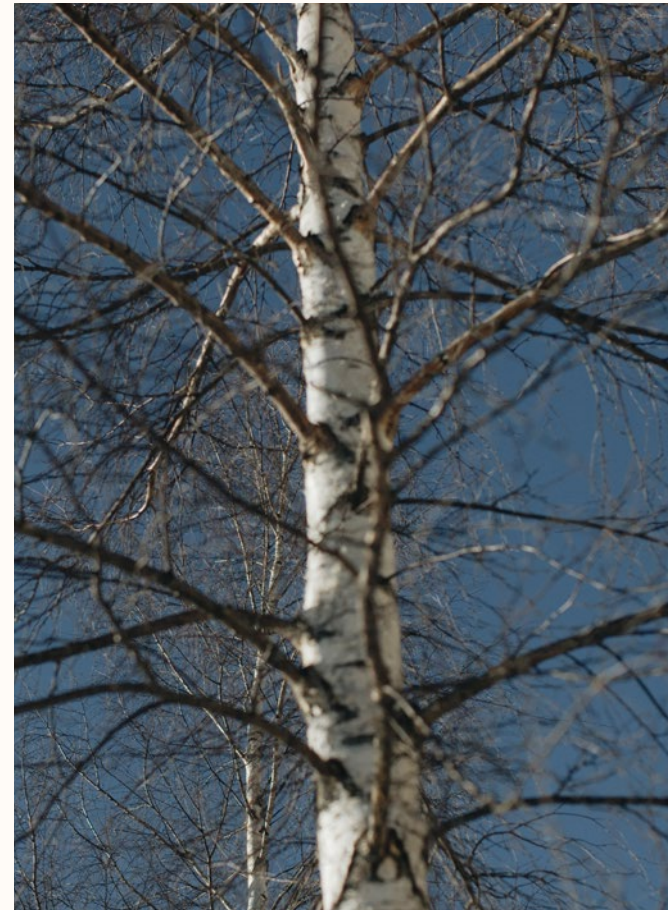
– De här patienterna behövde ofta genomgå en benmärgstransplantation och ligga inne en månad, och nu kunde de plötsligt ta en tablett hemma. Det var verkligen ”wow”! Jag var på mötet när resultaten presenterades och alla ställde sig upp och applåderade. En sån effekt har jag nog inte sett sedan dess.

Det har gått tjugo år sedan händelsen och Beatrice Melin drivs fortfarande av att ”göra vården så smidig som möjlig för patienterna”.

– Diabetes är en bra modell tycker jag, att man kan sköta mycket själv hemifrån. Vården måste se till att det blir så även för andra sjukdomar.

Hon beklagar att vården ofta organiserar sig i silos samtidigt som många patienter är multisjuka.

– En typisk patient får kanske tre olika kallelser för blodprovstagning: en för cancer, en för hjärtsvikt och en tredje >>>



PREDICT-plattformen vid Umeå universitet

Forskningsprojektet PREDICT är en plattform för studier inom precisionshälsa. Blodproverna har tidigare samlats in vid olika typer av hälsoundersökningar i regionen.

– Det vi gör nu är att gå tillbaka och fråga de 74 000 medborgarna om förnyat samtycke till att använda deras blodprov, tillsammans med data om personen och dennes hälsa. Vi frågar också om vi får kontakta dem om vi hittar biomarkörer i blodprovet som gör att de kan bjudas in till en klinisk studie, säger huvudprojektledaren Beatrice Melin.



Cancer

– ett av fem fokusområden

Horisont Europa är EU:s nya ambitiösa ramprogram för att tackla några av vår tids största globala utmaningar.

Programmet har fem fokusområden:

- 01 Hitta fler botemedel mot cancer, förbättra livskvaliteten för patienter och deras familjer och säkra lika tillgång till vård i hela Europa
- 02 Klimatanpassa minst 150 europeiska regioner
- 03 Skydda och återställa våra hav och vatten
- 04 Göra europeiska städer smarta och klimatneutrala
- 05 Främja markhälsa och hållbara livsmedelssystem

Källa: Europeiska kommissionen

för sin diabetes. Men som individ, särskilt när jag är äldre och sjuk, vill jag inte behöva fara någonstans. Tänk om jag i stället kan få ett hemtest i brevlådan?

Hon hoppas att PREDICT-projektet och liknande blodprovskbanker kan bli en av nycklarna till en mer samordnad – och inte minst mer kostnadseffektiv – vård.

– Dagens analyser är dyra, men med den här sortens plattformar kan vi återanvända analysresultat.

En annan knäckfråga, menar Beatrice Melin, är att få fler medborgare och patienter att engagera sig i sin hälsa. För att öka delaktigheten tror hon att biofeedback – att få direkt återkoppling på olika processer i kroppen – behöver bli en naturlig del av människors vardag.

– Om jag ska tippa på en “game changer” tjugo år framåt så är det att om man får vissa symtom, då tar man bara sina biomarkörer utan att man som individ tycker att det är något konstigt.

För några år sen fick hon ofta höra invändningen att “människor inte vill veta vad de går och bär på”.

– Men nu finns det studier på att folk inte vill veta sånt som de inte kan påverka. Men om jag däremot kan få reda på att jag har en biomarkör som ökar min risk för tjocktarmscancer, då kan det öka min motivation för screening.

Hon spår att tidig upptäckt av sjukdom är nödvändigt för att bana väg för nya behandlingar, inte minst av ekonomiska skäl.

– Ska vi ha råd med avancerade behandlingar måste vi upptäcka sjukdomarna tidigare, så att vi får färre fall.

Beatrice Melin anser också att vi behöver göra ännu mer för att uppväga starka riskfaktorer för cancer, som fysisk inaktivitet och att barn bränner sig i solen.

– Samtidigt ska man komma ihåg att cancer uppkommer på grund av en blandning av miljöfaktorer och genetik – men också slumpen! Det är ännu en anledning till att vi behöver kunna hitta markörer för sjukdom tidigt.

Om jag ska tippa på en “game changer” tjugo år framåt så är det att om man får vissa symtom, då tar man bara sina biomarkörer utan att man som individ tycker att det är något konstigt.

BEATRICE MELIN

Framtidens vård behöver göra mer – och mindre

I en framtid där individanpassade behandlingar blivit vardag och vi kan följa vår hälsa i detalj via digitala verktyg förändras relationen mellan hälso- och sjukvården och patienterna. Det spår Anders Ekholm, analysdirektör på Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Trenden går mot ett mer individualiserat bemötande där de starka patienter som vill får ta ett ökat ansvar för den egna hälsan, medan de som har sämre förmåga får mer stöd.

Få personer har så god insikt i framtidens hälso- och sjukvård som Anders Ekholm. Han har varit analyschef på socialdepartementet, vice vd på Institutet för framtidsstudier och har skrivit rapporter om framtidens vård och omsorg.

När han blickar framåt lyfter han fram den enskilda patientens betydelse och menar att vården behöver möta patienterna utifrån deras unika behov och förutsättningar.

– På samma sätt som vår tarmflora och vår genetik är olika är även vår förmåga olika, och förändras genom livet i takt med att vår motivation ökar och minskar. Viktiga frågeställningar att diskutera inom vården är: när, var och hur ska patienten fatta egna beslut och när behöver systemet komma in och stötta, tjata och påminna?

Dagens system, menar Anders Ekholm, bygger på att du är stark och själv kan ta dig till vården. Om du uteblir från mammografiundersökningen får du kanske en påminnelse, men det är ingen som kommer och hämtar dig. Vården är i stort kravlös.

Anders Ekholm menar att en förutsättning för att vi ska uppnå det folkhälsopolitiska målet att minska de påverkbara hälso-

klyftorna under en generation är att vården blir bättre på att nå ut till patienter som inte själva uppsöker vården.

– Vården behöver finnas där människorna är. Idag utgår vi från att alla kan läsa, förstår svenska och har en adress.

Under pandemin gjordes vissa försök att nå ut till de som vanligtvis inte uppsöker vården, till exempel genom vaccinationsbussar i områden med få vaccinerade. Att du får möta vårdpersonal som pratar ditt eget språk är ett annat exempel på hur vården kan bli bättre på att nå ut till enskilda individer. Detta är också något som de privata, digitala vårdaktörerna har börjat anamma.

– För vården är det en fråga om att göra både mer – och mindre. Att individualisera både bemötande och stöd. Många patienter upplever idag att de inte får vara med och fatta beslut i den utsträckning som de skulle vilja, medan en annan grupp behöver mer stöd för att kunna fatta egna beslut.

Vården behöver finnas där människorna är. Idag utgår vi från att alla kan läsa, förstår svenska och har en adress.

I mångt och mycket ska du som patient själv kunna vara med och bestämma vilka krav du ska ställas inför, menar Anders Ekholm. Han lyfter ett exempel från USA, där personer med alkoholberoende och spelberoende i vissa delstater själva kan kryssa i på en webbsajt att de inte ska bli insläppta på barer.

Om de sedan ångrar dig tar det tre månader innan ändringen går igenom.

– I Sverige kan man stänga av reklam för spelsajter. Det är två exempel på att man bygger system som gör det lättare för oss att uppfylla långsiktiga önskningar och förhindra oss från att fatta dåliga beslut i stunden.

Hur ska då vården mäta med att anpassa bemötande och stöd efter patienternas individuella behov? Svaret ligger i digitala system som kan avgöra vem som har störst behov av vård, till exempel genom att analysera förändrade beteenden. Helt enkelt att bygga in mycket av screeningen i vardagliga verktyg.

– Till exempel har man kunnat se att när folk börjar spela dataspel istället för att vara ute i sociala medier kan det vara ett tecken på depression.

Ett annat exempel är diabetespatienter som får uppkopplade stegräknare som kan skicka automatgenererade meddelanden som stöd och uppmuntran. En metod som kräver en liten insats från vården, samtidigt som vårdpersonalen kan ge extra stöttning till de som inte går lika många steg som vanligt.

Idag, menar Anders Ekholm, bokas återbesök slentrianmässigt, vilket leder till att flera besök görs i onödan.

– Precisionsvård handlar om att träffa de patienter som behöver det. När vi får bättre koll och till exempel kan koppla upp blodsockermätare mot vården behöver vi inte ha någon uppföljning av många av patienterna. Då frigörs tid för att kanske åka hem till de som slutar mäta blodsocker och tar färre steg. Det är en utveckling som många patienter efterfrågar och jag ser också tendenser på att vården är på väg åt det hållet, avslutar han.



POSTTIDNING B

Returadress:

Bristol Myers Squibb Sverige
PO Box 1172, 171 23 Solna

Tidningen Horizont handlar om att se möjligheter och samarbeta mot visioner. Jag hoppas att detta nummer ska inspirera alla oss som på olika sätt arbetar inom och med hälso- och sjukvårdssystemet, och ge oss mod att fatta beslut där vi satsar på de innovationer som ger hopp om längre liv. Det är bara när vi vågar satsa som vi kan nå stora vinster – för individen, men också för samhället. För att nå dit är det nödvändigt att skapa ett modernare och långsiktigt hållbart system för introduktion och prioritering av nya behandlingar, för att kunna implementera innovationer på ett sätt som är jämlikt och skapar värde för både patienter och samhälle.



Jessica Lundström
Director Market Access & Governmental Affairs
Bristol Myers Squibb