

Bilaga 1 – Karolinska Institutets yttrande över Socialdepartementets remiss av promemorian Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi (Dnr. S2024/02100, KI-dnr. 1-1244/2024)

KI:s övergripande synpunkter:

Ansvar för forskning i hälso- och sjukvården kan idag beskrivas som delat mellan staten och regionerna, utifrån att lärosätena är forskningshuvudmän, och regionerna ska säkerställa att hälso- och sjukvården medverkar i forskning på hälso- och sjukvårdens område. En försvårande aspekt av detta förhållande är konsekvensen att personal som är aktiv inom hälso- och sjukvården såväl som det närliggande lärosätets medicinska fakultet oftast får två olika arbetsgivare och två olika målbilder att anpassa sin verksamhet till. Detta gäller även högre utbildning som är en viktig förutsättning för hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning.

Promemorian berör inte den problematik för forskning och utveckling som det dubbla huvudmannskapet medför.

Forskning och utveckling liksom hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning förväntas ingå i det nationella systemet för kunskapsstyrning men universiteten, medicinska fakulteter, eller högskolor finns inte inkluderade. Nationella programområden (NPO) saknar representation från universiteten vilket KI påtalat ett flertal gånger och menar är anmärkningsvärt utifrån universitetens ansvar för forskning och högre utbildning.

Universitetssjukvård nämns ett flertal gånger i förslaget och vid läsning uppfattas att universitetssjukvård beskrivs som sjukvård. Begreppet universitetssjukvård infördes i det nationella ALF-avtalet, Avtal mellan staten och vissa landsting om samarbete om läkarutbildning, klinisk forskning och utveckling, vilket trädde i kraft den 1 januari 2015. Avtalet tillkom för att möjliggöra universitetens kliniska forskning och kliniska del av läkarutbildningen och samarbetet förväntas bidra till vårdens utveckling och kompetensförsörjning. I avtalet definieras universitetssjukvård som universitetens forskning och utbildning i samspel med vården. Universitetssjukvård är alltså inte sjukvård i sig.

KI efterlyser en bättre samordning eller helst en översyn av dagens skilda strukturer för RCC och CCC i syfte att skapa bättre samordning eller eventuellt samgående.

KI menar att en optimal cancervård och cancerforskning för framtiden kräver att patienter får möjlighet till ett "opt-out" förfarande snarare än dagens "opt-in", samt generellt samordnade system för provtagning och uppläggning av biobanker (prover av såväl normal vävnad som cancerprover) från samtliga

patienter, vilka per definition ska göras tillgängliga för forskning i samtliga fall där patient inte explicit valt "opt-out".

Den cancerforskning som genomförts de senaste 50–60 åren där de första decennierna gav fundamentala insikter om vad som karaktäriserar cancerceller, har utgjort grunden för vidare forskning (grund-, transnationell-, klinisk- och omvårdnadsforskning). Antalet insjuknade har hela tiden ökat över tid, medan dödligheten långsamt sjunkit.

KI saknar ett utvecklat resonemang om primärvårdens roll i cancerdiagnostiken. Även om precisionen i diagnostiken och hastigheten från provtagning till svar kommer att öka saknas resonemang i promemorian kring processer för hur cancerpatienter som först söker sig till primärvården på ett effektivare sätt kan komma till diagnos och behandling.

Till skillnad från läkemedel är kirurgi och strålbehandling sällan utvärderade i randomiserade studier och hälsoekonomiska analyser vilket KI skulle välkomna.

Cancerforskning är ett fortsatt grundfundament också för de kommande åren och borde ha getts en mycket tydligare plats i den reviderade cancerstrategin. Forskningens betydelse för de förbättrade behandlingsresultaten för många av cancersjukdomarna borde också tydliggjorts, bland annat i relation till olika läkemedel – såväl optimal användning av existerande läkemedel såsom framtagning av nya läkemedel. Preventionsstrategier har bidragit till minskad incidens av ett antal rökassocierade cancrar. Många framhäver prevention som helt centralt, vilket är korrekt, men historien har också lärt oss att utan djuplodande forskning innan ett preventionsprojekt startar kan effekten tyvärr bli den motsatta.

Forskningen har resulterat i att ett 15-tal nya cancerläkemedel har registrerats per år de senaste åren, där en del är utomordentligt effektiva och påverkar risken att få återfall i cancer. Kliniska prövningar med cancerläkemedel genomförs av företag, i samverkan mellan akademien och företagen eller i varierande frekvens av akademien själv. Tyvärr har företag både i USA och Europa blivit alltmer benägna att genomföra kliniska prövningar i egen regi. Detta är mindre bra då akademiskt ledde kliniska prövningar ibland ställer skarpare frågeställningar kring verkningsmekanismer och nytta-riskanalyser, samt integrerar på ett optimalt sätt den akademiska verksamheten med universitetssjukvård och forskningsfront.

I EU godkänns alla cancermediciner genom en central procedur via EMA (European Medicines Agency). I Sverige tar det tyvärr längre tid att introducera av EMA godkända cancermediciner vilket leder till att det tar längre tid innan svenska patienter kan få tillgång till nya mediciner jämfört med patienter i andra EU-länder. Den pågående kliniska forskningen med cancermediciner i Sverige uppvisar stora skillnader avseende de faktiska möjligheterna för enskilda patienter att få delta i kliniska studier. Uppgifter från RCC:s hemsida, februari 2025, visar stora regionala skillnader i antalet öppna prövningar med cancermediciner.

En annan central fråga är organisationen av cancersjukvård i relation till cancerforskning. I den nuvarande versionen av cancerstrategin upprepas ordet "cancercentrum" utan någon definition av vikten av dess innehåll, uppdrag och plats i sjukvården och i relation till forskningsstrukturen.

Den europeiska modellen, Comprehensive Cancer Center (CCC), är definierad och etablerad sedan 1979 av OECl, Organisation of European Cancer Institutions (<https://www.oeci.eu>). Några av grundpelarna för etablering av ett CCC är att externa sakkunniga från andra länder genomför en detaljerad analys av inkomna ansökningshandlingar från centra som önskar bli certifierade CCC. Analysen sker först på basen av inkomna handlingar beskrivande såväl preklinisk som klinisk cancerforskning samt klinisk cancerverksamhet inom den sökande enheten. Denna ackrediteringsprocess tog för den gemensamma ansökan från Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset tre år, 2017–2020 (genomlysning av cancer temat på Karolinska universitetssjukhuset och Cancer Research KI (CRKI) på Karolinska institutet), resulterande i etablering av det OECl-certifierade Karolinska Comprehensive Cancer Center (KCCC) år 2020. För att ett certifierat CCC ska ha en fortlöpande och levande kvalitetskontroll och utvärdering gällande kvaliteten i det kliniska arbetet och forskningsarbetet genomförs vart femte år en re-ackrediteringsprocess av OECl, vilken för närvarande pågår för KCCC. Värt att notera är att dessa certifierade CCC till sin struktur och organisation är en viktig delkomponent i "Europe's Beating Cancer Plan". Vi föreslår att den slutgiltiga versionen av den Nationella Cancerstrategin tydligare resonerar kring vikten av att ha tydliga kriterier på certifierade CCC strukturer, diskuterar OECl-kriterierna, och tydliggör skillnader på olika former av cancercentra.

En bärande och central genomgående princip för ett OECl-certifierat CCC är en sömlös interaktion av vård, forskning och utbildning, prevention, tidig (ärftlighetsfokuserad) diagnostik (genomiska-, proteom-, polymorfi-) analyser, bilddiagnostik, kurativ och palliativ behandling. Allt administrerat inom ett CCC som geografiskt är beläget inom ett sjukhus/forskningsinstitution. CCC-modellen innehåller också strategier för hur CCC samverkar med andra "Cancer Centers", CC (enheter som inte har alla dimensioner som ett CCC har), inom en aktuell sjukvårdsregion.

Den svenska modellen med kompletterande RCC innebär, å sin sida, mer av ett administrativt kontor med viktiga funktioner såsom att koordinera och förvalta vårdprogramregister, vara ansvarigt för cancerregistrering, hantering av vårdprogram och den administrativa styrningen av etablerade screeningprogram för tidig cancerdiagnostik. RCC har inget linjeansvar, ej heller något forskningsuppdrag eller ansvar för patienterna. De förstnämnda funktionerna hos RCC borde kunna integreras i CCC. En pilotmodell för detta finns redan i Västra Götalandsregionen. RCC är en unik svensk modell som saknar motsvarighet i andra länder.

Genomgång av promemorians förslag och bedömningar med KI:s synpunkter där sådana finns.

3 Förebygga cancer

3.5.1 Samordnat hälsofrämjande och förebyggande arbete med förtydligat ansvar

Den fullständiga utredningen innehåller ett i det närmaste komplett kunskapsunderlag om cancerprevention. Sammanfattningen och de konkreta förslagen tenderar dock att bli mera diffusa. Av de konkreta förslagen vill KI särskilt tillstyrka att Folkhälsomyndigheten ges ett tydligt regeringsmandat att utforma och uppfölja cancerpreventiva åtgärder. Att cancerprevention legat på ett stort antal olika aktörer har bidragit till fragmentisering och bitvis bristande uppföljning. Att ge en myndighet ett tydligt mandat att utforma, uppfölja och samordna insatserna kan ha mycket stor betydelse.

För de olika preventionsområdena finns kunskapsunderlag citerat men konkreta förslag saknas ibland.

Rökning:

- Det är anmärkningsvärt att konceptet En Rökfri Generation inte tas upp mera. Konceptet innebär att åldern för att få inköpa tobaksprodukter höjs med ett år varje år, så att de årskullar som idag inte kan köpa tobaksprodukter aldrig får den möjligheten heller. Som utredningen påpekar är konceptet redan infört i flera länder.
Dels framhävs att Sveriges strategier bör vara i samklang med EU:s strategier, dels framhävs behovet av jämlikhet inom cancerpreventionen, innebärande att allmänna åtgärder bör prioriteras framför åtgärder som företrädesvis når välutbildade grupper. En Rökfri Generation är just en sådan åtgärd – i samklang med EU och med en jämlik effekt.
- Att Sverige har en så låg tobaksbeskattning att man inte ens når upp till WHO-målet om att minst 75% av priset på tobak bör utgöras av skatt står angivet – men förslag om hur det ska åtgärdas saknas.
- Promemorian behandlar helt rökfria skolmiljöer (ej endast skolgårdar). Att detta är prioriterat både för samklang med EU:s mål och för jämlikhet bör framgå tydligare.

Alkohol:

Utredningen citerar kunskapsunderlaget om att det inte finns någon säker lägsta nivå för alkoholkonsumtion samt anger det smått chockerande antal cancerfall som kan tillskrivas alkohol varje år. Dessa tal har varit kända väldigt länge, men (i synnerhet den kraftiga effekten på bröstcancer) torde inte vara helt kända bland allmänheten. Att dessa data tydligt talar för att ambitionen bör ändras från att begränsa intaget till att undvika alkohol bör framgå tydligare.

Med utgångspunkt i hur framgångsrik tobaksprevention åstadkommit samt för samklang med EU kunde utredningen ha lyft fram:

- Krav vid all offentlig upphandling av serverings och cateringtjänster att ingen alkohol erbjuds.
- Alkohol fria miljöer, i synnerhet inom hälso- och sjukvård.
- Ökad skatt på alkoholinnehåll. Minskad skatt på alkoholfria alternativ.

- Tydligare och mer ambitiös information om alkoholens skadeverkningar beträffande cancer.

Mat:

Även inom detta område finns en god kunskapsöversikt, men mer diffusa förslag. Förslag på förtydliganden:

- Ökad skatt på livsmedel som entydigt befunnits vara cancerframkallande, i synnerhet processat kött (Chark, korv och bacon) samt läskedrycker.
- Minskad skatt på livsmedel med känd cancerpreventiv effekt. I detta sammanhang kan betonas att inom frukt och grönt är särskilt baljväxter (bönor, ärter och linser) tydligt associerade med cancerskydd.
- Utredningens påpekande om att goda matvanor grundläggs tidigt i livet och att inom skolbespisningen erbjuda en cancerpreventiv kost tillstyrkes varmt.

UV-ljus:

Som omnämns verkar befintliga strategier för att reducera UV-bestrålning ha haft effekt och bör fortsätta. Minskningen av solarier ger anledning att överväga om det inte vore dags för förbud. Att solarier orsakar cancer är ställt bortom rimligt tvivel.

Radon:

Som påpekas har de flesta EU-länder goda kartor över radon inom olika områden. Sverige bör försöka att hålla EU:s nivå med radonkartor.

Hepatit B:

Den svenska barnvaccinationen av hepatit B fungerar trots att Hepatit B inte är en del av barnvaccinationsprogrammet. Det är på tiden att det läggs in i barnvaccinationsprogrammet och att Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att följa upp vaccinationen och tillse dels att täckningsgraden är >95% samt kontinuerligt följa och rapportera om fall av hepatit B associerad levercancer fortfarande uppstår i Sverige och i så fall, om de hade kunnat förebyggas.

Humant Papillomvirus (HPV):

De svenska insatserna står sig väl vid en internationell jämförelse, även om de kom i gång sent. Folkhälsomyndighetens rekommendation om allmän HPV vaccination av bägge kön upp till 26 års ålder är lovvärd. Inom denna rekommendation borde Sverige, för maximal effekt samt för att vara i samklang med EU, prioritera att snarast organisera en catch-up kampanj för de pojkar upp till 18 års ålder som inte tidigare erbjudits vaccinet.

Viktigt också att insatsen för att utrota livmoderhalscancer till 2027 fullföljs så att canceren verkligen är utrotad till det datumet.

Screening:

Något förvånande betonar utredningen ett flertal gånger behov av nationella kallelse-kanslier. Det har i och för sig förekommit att cancer uppkommit på grund av att kallelse aldrig skickats, men det är ett litet antal fall.

De största brister som uppmärksammas rör i första hand själva screeningen (testningen), med exemplet om HPV-screening som det mest talande exemplet.

Användning av HPV-test inom screeningen kom redan i 2015 års nationella screeningprogram, men först år 2021 hade alla regionerna börjat införa det säkrare testet. Här fanns en av de få faktafelen i utredningen; det står att HPV-testningen var fullt införd 2021. I flera regioner görs införandet gradvis under ett screeningintervall (upp till 7 år) och HPV-screening är därmed inte fullt införd i Sverige förrän 2028. Eftersom cancer beräknas utrotas till 2027 är screeningen troligen avskaffad innan bytet av screeningtest är helt genomfört.

Ytterligare en brist är uppföljningen av screeningen. Heltäckande kvalitetsregister finns inte för alla screeningprogram och ett ytterligare problem är att även om kvalitetsbrister upptäcks vid uppföljningen så leder det sällan till någon åtgärd.

Utredningen har uppmärksammat att det finns en internationell utveckling på väg mot personligt anpassad, risk-baserad screening och att Sverige bör ha detta som ett mål.

Utredningen har också uppmärksammat att kunskapsbasen förändras snabbt och att nya analyser av kunskapsläget behöver utföras mycket oftare än idag. Troligen räcker inte ens årliga analyser utan som utredningen skriver kommer analyser behöva göras kontinuerligt.

Hur detta ska kunna genomföras är oklart. Vi har många exempel på att nuvarande system är mycket långsamt (även enkla uppdateringar av ett screeningtest kan ta 15 år, exemplifierat ovan). Behov av en mer genomgripande förändring hade kunnat påtalas.

8 Precisionsmedicin

8.10.1 Nationell infrastruktur för precisionsdiagnostik

KI delar utredningens bedömning om behovet av en nationell samordning för arbetet med precisionsmedicin där samtliga regioner deltar. Dock bör detta bygga vidare på befintlig nationell struktur i stället för att starta ett nytt precisionsdiagnostiskt nätverk inom NPO Medicinsk diagnostik inom SKR:s kunskapsstyrning. Detta är också i linje med RCC i samverkans nyligen publicerade "Handlingsplan för ett jämlikt införande av precisionsmedicin i svensk cancersjukvård". Det är också en underskattning av det omfattande arbete som krävs för att utveckla och implementera precisionsdiagnostik – det kommer vara svårt för ett nätverk inom kunskapsstyrningen att kunna genomföra detta. För att kunna utveckla och tillhandahålla precisionsdiagnostik krävs ett nära och kontinuerligt samarbete mellan universiteten och hälso- och sjukvården som bygger vidare utifrån befintliga strukturer såsom CCC, GMC, PMC och SciLifeLab.

8.10.2 Etablering av molekylära konferenser

KI tillstyrker bedömningen att cancercentrum ska säkra integrationen mellan precisionsdiagnostik och behandling.

8.10.3 Program för jämlikt införande av implementering av precisionsmedicin

KI bedömer att ett tillskott för uppskalning av precisionsdiagnostik är lovvärt. Dock bör detta samordnas med pågående initiativ, inte heller leda till en byråkratisk process för prioritering mellan diagnoser, samt samordnas med befintlig NAG för cancergenomik och precisionsdiagnostik. Även om fokus på solida tumörer inom vuxenonkologin är relevant, vill KI samtidigt understryka att arbete återstår även med att vidareutveckla diagnostiken och implementera nya metoder för patienter med hematologiska maligniteter samt för barn med cancer.

8.10.4 Kompetensutveckling

KI tillstyrker förslaget men vill påtala att detta ska göras i samverkan med universiteten.

Bilaga 2 – Karolinska Institutets yttrande över Socialdepartementets remiss av promemorian Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi (Dnr. S2024/02100, KI-dnr. 1-1244/2024)

Kommentarer till Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Sidnumren hänvisar till Sammanfattningen av strategin.

Sidan 3

Underrubrik "Cancerscreeningen utvecklas mot personanpassade program, rad 2

Kommentar: Varför nämns inte AI baserad screening vid BC samt algoritmer för MR baserad diagnostik?

Underrubrik "Intelligent diagnostik kan bidra till att diagnosticera cancer tidigt", rad 1

Kommentar: Är det korrekt? Patienterna söker ofta (oftast) i primärvården. Symtomen tarvar nästan alltid röntgen av olika typer. Slutligen en biopsi (med marköranalyser). Primärvården sänder in en patient med en "knöl", diagnosen ställs alltså på sjukhuset/ett patologlaboratorium. Uppfattning kan kontrolleras genom att se efter vilka avdelningar/kliniker som står för canceranmälan. (I Sverige två – en från kliniken och en från patologen- måste matcha, undantag finns.)

Underrubrik "Personcentrering behöver genomföra både patientmötet och organisationen", rad 3

Kommentar: Bra, men hur stämmer det med regional styrning- regionerna har väsensskilda kompetenser.

Underrubrik "Personcentrering behöver genomföra både patientmötet och organisationen", rad 6

Kommentar: Och det borde ingå att informera om pågående forskningsprojekt.

Sidan 4

Underrubrik "Livet med och efter cancer", rad 2

Kommentar: Detta gör att belastningen för sjukvården kommer att öka – vissa patienter har sequelen efter genomförd diagnostik/behandling.

Underrubrik "Livet med och efter cancer", rad 5

Kommentar: Nära är inte alltid bäst – Tillgång till alla forskningsprojekt finns inte i alla regioner (ref. RCC:s hemsida – Öppna cancerstudier, v.g se nedan i detta dokument). Det är väldigt stor skillnad mellan regionerna och mellan sjukhusen.

Sidan 6

Rubrik "Utgångspunkter", rad 14

Kommentar: Skrivfel. Femårsgränsen är bra för vissa maligniteter men ej för bröst- och prostatacancer där 10 års uppföljning ger bättre och säkrare data.

Sidan 8

Rubrik "Tre övergripande mål samt delmål indela i målområden", rad 5

Kommentar: ...färre borde få återfall.

Sidan 30

Rubrik "Diagnostik och behandling, mitten på sid 30

Kommentar: Alltför ospecifikt. Över tid jämfört med andra länder?

Sidan 31

Rubrik "Diagnostik och behandling, rad 1

Kommentar: Konstig definition av "nyckelroll" Diagnostik av cancer sker nästan alltid på specialiserade mottagningar/i anslutning till sjukhus. Cancerdiagnostik kräver mer eller mindre avancerad radiologi med marköranalyser- som krävs för modern cancerdiagnostik. Patienter söker för symtom i öppenvården.

Sidan 31

Rubrik "Diagnostik och behandling, rad 18 -24

Kommentar: Det vore bra om tal och mått kunde anges för dessa påståenden – alltså en referens till hur det fungerar per diagnosgrupp och i landets regioner.

Sidan 32

Rubrik "Diagnostik och behandling, sista stycket

Kommentar: Texten borde förtydligas med att för den stora majoriteten av nya cancerläkemedel baseras detta på data från randomiserade studier. Prospektiva och randomiserade studier är tydligt ovanligare för studier med cancerkirurgi och strålbehandling. Detta är inte bra eftersom effekten (nytta-risk) av dessa modaliteter är mindre väl karakteriserad och man gör dessutom sällan hälsoekonomiska kalkyler för kirurgi och radioterapi. Sedan många år att ett "obligat-krav" för cancermediciner.

Sidan 33

Underrubrik "Utredningens bedömningar", sista punkten i faktarutan

Kommentar: Inte en dag för sent. Läkemedelsbeskrivningen saknar en helt ny men central facett, som inte tagit. Precis som sedan 2005 ett centralt godkännande med en ansökan för alla EU-länder till EMA; sedan januari 12, 2025 gäller en **central hälsoekonomisk analys för alla EU länder**: The Regulation (EU) 2021/2282 on health technology assessment (HTAR) entered into force on 11 January 2022 and applies from 12 January 2025. Alltså ny förordning om europeisk hälsoekonomisk värdering av nya cancermediciner. Nya cancermediciner är först ut att genomgå denna värdering tillsammans med ATMP.

Torde vara av godo; Sverige har för närvarande en "långsam hälsoekonomisk process". Våra grannländer ligger bättre till. Sverige ligger påtagligt efter många jämförbara länder.

De som kommer i kläm är patienterna. Nuvarande situation försenar också möjligheten av forskarinitierade studier (idealt randomiserade prospektiva interventionsstudier) med nya cancerläkemedel. Målsättningen är att bättre ta reda på nytta-risk balansen för respektive ny medicin och behandla "rätt patienter (baserat på patientens kliniska status, tidigare behandlingar och SNP-analyser och skärpt diagnostik av tumörens/ tumörernas heterogenitet avseende läkemedelstargets) med rätt mediciner". De sistnämnda delarna genomförs för närvarande mindre bra och akademiska företrädare torde ha större fokus på dessa frågor.

Sidan 32-33

Rubrik "Bedömningar och förslag", sjunde huvudpunkten sid 33

Kommentar: Utmärkt. Enligt OECl skall i ett CCC dessa delar självklart vara del av ledningen för ett CCC, vg se den uppdaterade ledningsgruppen för KCCC varande ett bra exempel.

Sidan 34

Rubrik "Bedömningar och förslag", "Kunskapsstyrningsorganisationen, specifikt NPO...."

Kommentar: För cancerområdet adderar NPO i stort inget övertygande mervärde. Inom cancerområdet har det f.ö. sedan flera decennier varit fokus på att genomföra prospektiva (oftast randomiserade) studier. Forskning och undervisning för cancerområdet har universitetet ansvar för. I de nationella vårdprogrammen finns (borde vara en absolut självklarhet) att de olika rekommendationerna avseende diagnostik baseras på kunskap-evidens. Exempelvis så är nya mediciner och deras effekter och biverkningar analyserade inom ramen för prospektiva interventionsstudier.

Inom vissa områden, bröstcancer görs dessutom systematiska metaanalyser på basen av individdata. Denna typ av akademisk samverkan startade redan 1988 när EBCTCG visade att tillägg av endokrin behandling (tamoxifen) respektive cytostatika (CMF) som tillägg till bara kirurgi reducerade risken att avlida i sjukdomen. Vår senaste EBCTCG analys var baserad på individdata från 155 000 randomiserade patienter (EBCTCG, Lancet 404: 1407-18, 2024). Ett stort antal EBCTCG metaanalyser med individdata har också genomförts för radioterapi, olika endokrina behandlingsstrategier, olika cytostatika, målsökande mediciner som den monoklonala antikroppen trastuzumab. Dessa behandlingar, givna i anslutning till bröstcanceroperationen, är en mkt viktig förklaring att risken att dö i bröstcancer har reducerats med upp till 50% eller mer från 1990.

Liknande behandlingsstrategier föreligger numera också för andra vanliga solida tumörer- rimligtvis tydligt bidragande orsak till den prognosförbättring - minskad risk för återfall, reducerad risk för cancerspecifik död.

Slutligen 2018 tilldelades Honjou and Allison Nobelpris för immunterapi av cancer, initialt visande sig ha en kliniskt relevant effekt på malignt melanom. Utvecklingen har sedan gått väldigt snabbt och för ett stort antal maligniteter ingår immunterapi numer som standardbehandling. Tyvärr var introduktionen ånyo första åren alltför långsam i Sverige. Dessa lärdomar kunde ha nämnts i Cancerstrategin.

Sidan 36

Rubrik "Precisionsmedicin", sista stycket

Kommentar: Detta är bara toppen av ett isberg. Genom- och proteomanalyser borde studeras, även för äldre mediciner (targeted drugs inkl ET, cytostatika och immunterapi) med målsättning att bättre identifiera behandlingsprediktiva targets och därigenom förbättra och optimera nytta-risk balansen inklusive att identifiera individer med ökad risk för biverkningar (SNPs analyser).

Sidan 38

Rubrik "Precisionsmedicin", rad 4 och resten av stycket

Kommentar: Sverige har endast en befolkning på 10,5 miljoner utspridda i 21 regioner. Det ter sig inte realistiskt att varje region/sjukhus skall ha alla analyser som behövs för precisionsmedicinska analyser. För att minska sannolika interlaboratorieskillnader borde analyserna koncentreras till få laboratorier. IT/web-baserad medicin borde kunna åstadkomma en klok interaktion och möjlighet till omhändertagandet av patienterna på sjukhus där den erforderliga kompetensen finns. Givetvis då i nära samverkan med patienternas hemregion. Viktigt att öka förutsättningarna för patienternas möjlighet att delta i prospektiva och interventionella studier. När kunskapen om nya behandlingar ökar är målsättningen att de ska kunna ges på flera sjukhus – decentralisering.

Rubrik "Mål som relaterar till området", sista punkten

Kommentar: Ja, men det måste genomföras under kontroll så att man ej dagtingar med patienternas möjlighet att vara deltagare i innovativa cancerstudier med nya mediciner. Företagen som genomför cancerstudier kommer av effektivitetsskäl inte att sätta upp alla sina studier i varje region. Sverige måste ha några prövningssites som förmår att ha relevant infrastruktur för precisionsmedicin – så att patienterna där – ett färre antal enheter. Sverige har som land en nedgång i antalet kliniska prövningar. Det är viktigt att denna trend bryts och att vi prövar nya strategier för att öka tillgängligheten både för akademiska och företagssponsrade studier.

Rubrik "Bedömningar och förslag", rad 4

Kommentar: Jämlikhet vad det gäller patienternas möjlighet att delta är givetvis viktigt.

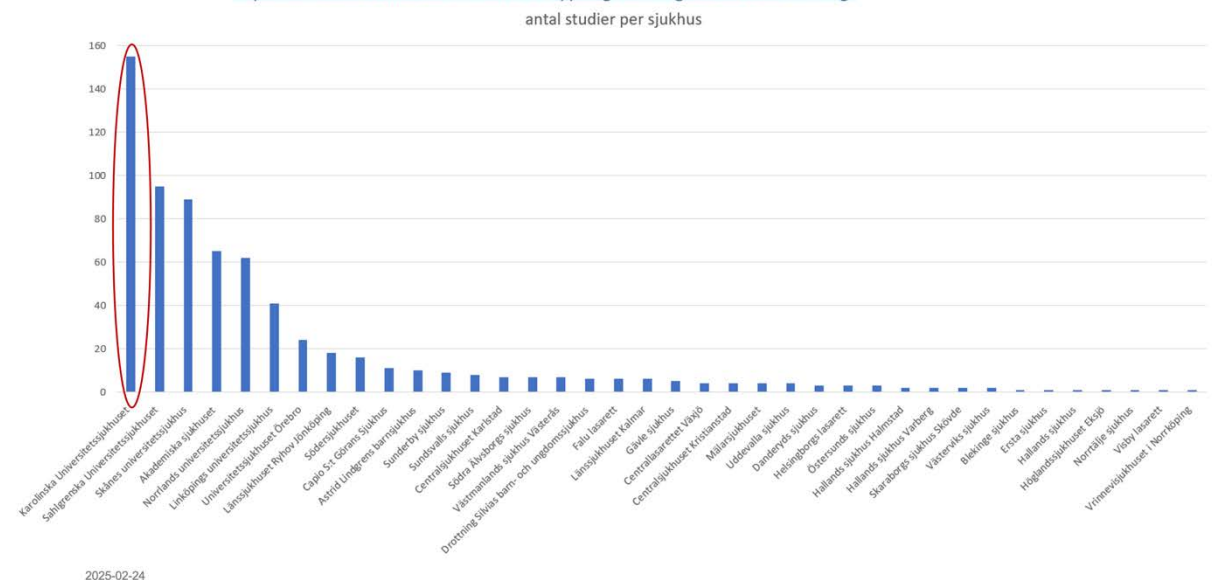
Vg se aktuellt status för Öppna cancerstudier i Sverige, februari 2025. Dessa siffror belyser den stora ojämlikhet som finns. Karolinska CCC har drygt 155 öppna studier, näst mest har Sahlgrenska universitetssjukhuset med 95, Skånes universitetssjukhus har knappt 90 öppna studier. Den absoluta majoriteten av

sjukhus har 10 (5) eller färre öppna cancerstudier. RCC statistik från februari 2025.

Antalet öppna cancerstudier per sjukhus i Sverige

Från databasen Cancerstudier i Sverige

<https://cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/forskning/cancerstudier-i-sverige>



Med nuvarande organisation och avsaknad av beredvillighet att möjliggöra för patienterna att delta i viktiga cancerstudier på annan ort, har historiskt varit mycket låg (obefintlig).

Detta måste man ändra på. För moderna studier krävs avancerade molekylära analyser av vävnad och patientens tumör, för att se om tilltänkt medicin är lämplig. Laboratorier för detta kommer bara att finnas vid universitetssjukhuset/vid CCC. Stora enheter får mycket större erfarenhet av analyser och behandling med nya mediciner, med delvis okända biverkningar. Sverige har i stort mycket goda kommunikationer. Diagnostik och behandlingsstart borde därför ske på dessa större enheter, medan vissa delar av behandlingen, i senare skede, borde då kunna genomföras mer decentraliserat.

Sidan 39

Faktaruta nummer 1

Kommentar: Bra förslag. Är redan organisatoriskt en del av ledningen för KCCC, strukturen finns alltså redan.

Sidan 40

Figur 4

Kommentar: Vg se kommentarerna ovan om de mycket stora ojämlikheterna i patienternas möjlighet att deltaga i kliniska studier. Om precisionsmedicin ska bli reellt tillgänglig för alla cancerpatienter måste nuvarande organisation omarbetas och baseras på de realiteter som föreligger avseende kunskap och tillgång till avancerade precisionsmedicinska analyser och enheter med erfarenhet att använda nya cancermediciner (några av universitetssjukhusen

med certifierade fas 1-enheter) och forskande läkare- andra medarbetare erfarna att arbete på sådana enheter.

Sidan 41

Rad 12

Kommentar: Bra, men det kommer realistiskt att vara begränsat till få enheter.

Sidan 45

Första punkten i faktarutan

Kommentar: Det är bra att utredningen inser behovet av detta. Evidensen för olika medicinska åtgärder bör finnas beskrivna i de nationella vårdprogrammen (finns tydligt beskrivet bland annat i det Nationella vårdprogrammet för bröstcancer.)

Forskningsintensiva enheter finns till delar redan på landets CCC. Använd alltså den kunskap och organisation som redan finns etablerad på exempelvis KCCC. KCCC/KI samverkar redan idag med sex andra ledande cancercentra i Europa, inom ramen för Cancer Core Europe (CCE) (<https://www.cancercoreeurope.eu>).

Sidan 49

Sista punkten i faktarutan

Kommentar: Det är bra, men CCC har också i uppdrag att ta ansvar för den palliativa vården/forskningen. Nya myndigheter torde därför inte behövas. Däremot borde Socialstyrelsen samverka med landets CCC:s för att se hur man ytterligare kan optimera denna del.

Sidan 50

Första punkten i faktarutan

Kommentar: Det är bra med kravet på regelbunden fortbildning inom den palliativa vården. Det borde också vara en självklarhet för all sjukvård, självklart också för cancervården som är i stort behov av återkommande fortutbildning. Sverige är ett av enstaka länder i Europa som inte har ett lagstadgat krav för fortbildning av läkare. Detta borde snarast åtgärdas.

Sidan 54

Första punkten i sista fakturarutan, Nationellt och internationellt samarbete

Kommentar: Detta är bra och rimligt.

Forskningen behöver i ett land som Sverige med bara 10,5 miljoner invånare till delar centraliseras. Vg se kommentarer ovan. Tyvärr inkluderar Sverige som land alltför dåligt i kliniska studier. Detta gör att läkemedelsföretag väljer bort Sverige som deltagande land.

För moderna studier krävs avancerade molekyllära analyser av normalvävnad och patientens tumör, för att se om tilltänkt medicin är lämplig. Laboratorier för detta kommer bara att finnas vid universitetssjukhuset/vid CCC. Stora enheter får mycket större erfarenhet av analyser och behandling med nya mediciner, med delvis okända biverkningar. Sverige har i stort mycket goda kommunikationer. Diagnostik och behandlingsstart borde därför ske på dessa större enheter,

medan vissa delar av behandlingen, i senare skede, borde då kunna genomföras mer decentraliserat.

Sidan 55

Sista punkten i faktarutan

Kommentar: Anledningen till den minskade risken för återfall och förbättrad överlevnad som ses är till stora delar beroende på tillgången till nya cancermediciner – ett bra aktuellt exempel är värdet av immunterapi för ett stort antal maligniteter.

Det borde därför vara en självklarhet att medicinsk behandling av cancer också skall vara ett prioriterat område.

Sidan 63

Rubrik: Kunskapsstyrning

Kommentar: Kunskapsstyrning är tyvärr ett värdeladdat ord och ger tyvärr associationer till "totalitära system".

(Bättre beskrivning är kanske: Vård och forskning i ständig förändring – utveckling, syftande till ökad kunskap hos medarbetarna och nya forskningsdimensioner resulterande i bättre vård och forskning med nya resultat som blir än bättre för patienterna etc.)

Kunskap är förvisso helt centralt för sjukvården och grunden för nya forskningsansatser. Universiteten/KI har i uppdrag av utbildningsdepartementet att ansvara för forskning och läkarutbildningens undervisning. Självklart måste vård och forskning samverka så att de som har klinisk tjänstgöring och de som arbetar med klinisk forskning samverkar kring målen. (Det är välkänt att vissa politiskt styrda system försökt detaljstyra genom top-down management. Patientinvolvering och bottom-up management torde i allmänhet vara mer framgångsrika.

Sidan 66

Första punkten i faktarutan

Kommentar: Det är viktigt att man inte glömmer de tal och mått som anses mest centrala för patienterna: Bot i första hand, om det inte går, att man då får så lång tid som möjligt utan återfall med så god livskvalitet som möjligt. Vid återfall så vill patienterna i allmänhet leva så länge som möjligt, med så god livskvalitet som möjligt.