

Socialdepartementet
S2024/02100

Remissyttrande Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi

Sammanfattning

Region Norrbotten ställer sig i huvudsak positiv till förslaget om en uppdaterad nationell cancerstrategi.

Regionen vill anföra att regionerna har en utmaning i att hantera den snabba tillströmningen av nya cancerläkemedel eller nya behandlingsindikationer för gamla cancerläkemedel. Läkemedlen godkänns allt tidigare i sin livscykel och står sedan snabbt på tröskeln till cancerklinikerna. Många läkemedel har därmed begränsad evidens för effekt samtidigt som de flesta introduceras med väldigt höga prisnivåer. Regionen anser att det behövs en bredare helhetssyn på införandeprocessen av nya cancerläkemedel i Sverige.

Regionen ställer sig även frågande till bedömningen och målsättningen att 80 procent av de patienter som diagnostiserats med cancer inom SVF startar behandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut. Vid komplikationstyngd kirurgisk behandling av cancer, exempelvis tjock- och ändtarmscancer, är preoperativ optimering av stort värde för att förbättra resultat och i förlängningen överlevnad. 21 kalenderdagar är i många fall alltför kort för att preoperativ optimering ska ha avsedd effekt. Regionen anser av detta skäl att tiden från behandlingsbeslut till start av behandling bör vara mer dynamisk beroende på diagnos.

Cancercentrum som egen enhet ges i förslaget flera uppdrag trots att enhetens utformning beskrivs närmare först i kapitel 12. I vår läsning har vi utgått från att uppdragen riktas gemensamt till dagens RCC och CCC. Vi ser en stor vikt i att ta tillvara sjukvårdsregional kunskap för att ett Cancercentrum ska vara framgångsrikt med förmågan att omfamna såväl bas som spets.

Region Norrbottens synpunkter

9.6.1. Strukturerad bedömning av rehabiliteringsbehov är inte fullt ut infört

Utredningen gör i detta avsnitt en jämförelse med strokevården där rehabilitering är väl integrerad. Regionen vill dock anföra att det finns skillnader då cancerpatienter kan ha många underliggande diagnoser som också ger olika symptom och komplikationer vilket gör att de har behov av olika rehabiliteringsåtgärder. Det är viktigt att genomföra rehabiliteringsbehov under olika faser av cancerbehandling och uppföljning. Vissa rehabiliteringsåtgärder är specifika och nära sammankopplade med medicinska åtgärder. Andra är mer generella och kan på så sätt ingå i primärvårdens rehabiliteringsuppdrag.

7.8 Medicinsk behandling samt 7.10 Läkemedelsprocessen ur ett cancerperspektiv

Regionen instämmer med att utvecklingen av nya läkemedel inom cancerområdet har varit mycket stark under de senaste decennierna och lär fortsätta även framgent, inte minst med tanke på utvecklingen inom precisionsmedicin. Förslaget till cancerstrategi beskriver detta på ett förtjänstfullt sätt. Likaså kopplingen till behovet av väl utvecklad diagnostisk precision, uppföljning via läkemedelsstatistik och kvalitetsregister och behovet av att stävja antibiotikaresistens som är ett hot mot hela sjukvården och samhället.

En utmaning för regionerna är den snabba tillströmningen av nya cancerläkemedel, eller nya behandlingsindikationer för gamla cancerläkemedel. Läkemedlen godkänns allt tidigare i sin livscykel och står sedan snabbt på tröskeln till cancerklinikerna. Många läkemedel har därmed begränsad evidens för effekt samtidigt som de flesta introduceras med väldigt höga prisnivåer. I Sverige praktiserar vi värdebaserad prissättning, vilket även läkemedelsindustrin ser som den bästa prisstrategin. Problemet för regionerna är att värdebaserad prissättning förutsätter att läkemedelskostnader behöver kunna bedömas som rimlig i förhållande till andra läkemedel och övriga vårdinsatser. För flertalet nya cancerläkemedel är det mycket svårt, eller till och med omöjligt, att bedöma kostnaden som rimlig utifrån beskrivningen ovan. Regionen saknar problematisering om detta i den nationella cancerstrategin där hänsyn inte tas till dessa brister i sin beskrivning av införandeprocessen av nya läkemedel.

Det behövs alltså en bredare helhetssyn på införandeprocessen av nya cancerläkemedel i Sverige. Exempelvis saknas i beskrivningen av processen av de så kallade trepartsöverläggningar där Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) medverkar och som kan resultera i avtal mellan regionerna och berört företag (kap.7.10.1). Trepartsöverläggningar och avtal med sekretessbelagd återbäring är ofta en förutsättning för att TLV ska kunna bedöma läkemedlet som kostnadseffektivt. För receptläkemedel inom onkologi/hematologi bidrar även nationella arbetsgruppen för cancerläkemedel (NAC) med värderingar och stöd till förhandlingarna för regionernas räkning.

Regionen noterar, i kapitel 7.10.4, att läkemedelsföretagen efterfrågar en transparent process för läkemedlens införande med förutsättningar för dialog. Regionen anser att denna process finns och fungerar väl, den är även tillräckligt transparent. Regionerna saknar dock i stor utsträckning transparens i läkemedelsföretagens marknads- och prissättningsstrategier. I de avtal/trepartsavtal som ingås med läkemedelsföretagen är det regel att företagen kräver sekretess på villkor och nettopriser. Detta är ett krav från respektive läkemedelsföretag och ska inte ligga regionerna till last.

I kapitel 7.10.6 nämns Early Access Programs (EAP) som det enda verktyget att införa angelägna läkemedel innan marknadsgodkännande. Det är korrekt att EAP inte är ett etablerat verktyg i Sverige. Problemet med EAP är att dessa program inte har samma vetenskapliga uppföljningskrav som de i Sverige etablerade Compassionate Use Programmen (CUP). Regionen anser att kapitel 7.10.6 behöver kompletteras med fakta kring användningen av CUP som hanteras av Läkemedelsverket med syfte att, med god uppföljning, snabbt introducera icke godkända läkemedel, med hög angelägenhetsgrad.

6.6.1 En förenklad väntetidsmodell

Regionen anser att generisk standardiserat vårdförlopp (SVF) har fördelar och genererar att vården av olika cancerformer blir mer likvärdig, framför allt vad gäller ledtider och resursfördelning. Däremot skiljer sig patientpopulationer och behandlingar avsevärt.

Regionen ställer sig även frågande till bedömningen och målsättningen att 80 procent av de patienter som diagnostiserats med cancer inom SVF startar behandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut. Vid komplikationstyngd kirurgisk behandling av cancer, exempelvis tjock- och ändtarmscancer, är preoperativ optimering av stort värde för att förbättra resultat och i förlängningen överlevnad. 21 kalenderdagar är i många fall alltför kort för att preoperativ optimering ska ha avsedd effekt. Regionen anser av detta skäl att tiden från behandlingsbeslut till start av behandling bör vara mer dynamisk beroende på diagnos.