

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Kunskapsstyrning
Emelie Condén Mellgren
Telefon: +4621174561
Epost: emelie.conden.mellgren@regionvastmanland.se

Regeringskansliet, Socialdepartementet

Sverige

YTTRANDE ÖVER REMISS AV BÄTTRE TILLSAMMANS- FÖRSLAG TILL EN UPPDATERAD NATIONELL CANCERSTRATEGI

Region Västmanland tackar för möjligheten att svara på remissversionen av Bättre tillsammans- förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi. Regionen välkomnar uppdateringen och dess innehåll och tycker att den omfamnar komplexiteten utifrån samhällsperspektivet, den förväntade ökade incidensen av cancersjukdom samt hälso- och sjukvårdens uppdrag avseende prevention, diagnostik, behandling samt rehabilitering.

I stora drag ställer sig regionen bakom utredningens bedömningar samt förslag. Regionen önskar dock vissa förtydliganden samt ekonomiska klargöranden och konsekvensbeskrivningar. Regionen har tittat på hela cancerstrategin, men kommer att besvara vissa delar mer omfattande än andra och följer cancerstrategin kronologiskt i svaret.

Sammanfattningsvis upplevs omställning till Nära vård och primärvårdens funktion för de cancerdrabbade avseende primärprevention, behandling, rehabilitering och palliativ vård som oklar och här önskas klargöranden och i och med det även finansieringsförslag. Omställning till nära vård bör stödjas, tydligt inkludera cancerdrabbade, samordnas och följas upp men förutsätter en tydlig ansvarsfördelning, omfördelning av finansiella resurser och stöd för kompetensutveckling.

I cancerstrategin blandas begrepp och termer och är inte konsekvent beskrivna, exempelvis begreppen behandlingsbeslut under SVF, diagnosbesked, Cancercentrum och RCC.

Enligt cancerstrategin får Socialstyrelsen ett stort omfattande uppdrag kopplat till cancer och specifikt uppföljning, detta måste taktas väl med exempelvis andra nationella initiativ avseende sammanhållen journal, EHDS och liknande. Regionen välkomna förslagen kring att kunna följa ledtider och indikatorer från kvalitetsregistren, men ser att det är en lång väg dit för att säkerställa effektiv administrativ process som inte är personalkrävande.

Insatser för patientdelaktighet och egenvård bör tydligare framhållas i cancerstrategin.

Patientprocessen bör tydligare framgå företräddelsevis framför de organisatoriska beskrivningarna. Inom vissa områden i cancerstrategin är organisatoriska beskrivningar på detaljnivå, och VAD och HUR blandas vilket kan generera en otydlighet. Regionerna bör ha friheten själva att organisera och strukturera utifrån patientprocessen.

Barnperspektivet bör tydligare framhållas genomgående.

Cancerstrategins tre övergripande mål och de fyra målområdena är angelägna dock kan det bli problematiskt att utvärdera implementering och måloppfyllelse utifrån beskrivna mål. Regionens perspektiv att säkerställa cancerstrategins mål genom lokala planer och aktiviteter kan bli något oklar då målen spänner över "högt och lågt".

Kapitel 3. Förbygga cancer.

Regionen ställer sig bakom föreslagna bedömningar och insatser. Kapitlet lyfter de delar som är grundläggande inom folkhälsoarbete, för att få effekt på befolkningsnivå i form av ökad upplevd hälsa och/eller förbättrat resultat avseende faktorer som påverkar hälsan. Det knyter ihop cancerpreventivt arbetet med folkhälsoarbete i en större kontext vilket är bra då dessa två områden i stor utsträckning går ihop. Kapitlet ger även en bra beskrivning och sammanfattning av styrningen som finns på internationell nivå, EU-nivå och nationell nivå när det kommer till folkhälsoarbete och cancerprevention. Dessutom lyfts de problem och risker som finns med att cancerprevention är ett brett och mångfacetterat arbete, till exempel när så många aktörer har ansvar inom folkhälsoområdet så blir det otydligt och oklart kring samordning av arbetet.

Utifrån nulägesbilden och problemformuleringen i kapitlet är utredningens förslag och bedömningar i kapitel 3.5.1 (samordnat hälsofrämjande och förebyggande arbete med förtydligat ansvar) relevanta och viktiga. Till exempel förslagen om en samverkansfunktion för det hälsofrämjande och förebyggande arbetet kring icke-smittsamma sjukdomar placerad vid Folkhälsomyndigheten, samt framtagande av en nationell handlingsplan.

Även de förslag och bedömningar som lyfts i kapitel 3.5.2 (prioriterade förebyggande insatser) är relevanta och viktiga. Exempel som särskilt kan betonas är de förslag och bedömningar kopplade till matvanor. Den tidigare nationella strategin En nationell cancerstrategi för framtiden innehöll inga förslag på hälsofrämjande eller förebyggande åtgärder gällande matvanor, medan denna nya version tar med flera förslag på åtgärder, vilket är mycket positivt. Ett exempel är förslaget om att utreda om ekonomiska styrmedel kring livsmedel så som sänkt mervärdesskatt på frukt och grönsaker samt utreda höjd skatt eller producentavgift på med tillsatt socker. Styrmedel som subventioner på frukt och grönt samt höjda skatter på drycker med tillsatt socker har potential att ge effekt

på konsumtionen, inte minst bland personer med lägre inkomst. Detta föreslås även i andra nationella utredningar.

Ett annat exempel kopplat till matvanor är förslag om insatser för förbättrade matvanor med riktat fokus på barn och ungdomar, där marknadsföringen av ohälsosamma livsmedel lyfts. Detta har nyligen även lyfts i Folkhälsomyndighetens och Livsmedelsverket Förslag för en hälsosammare livsmedelskonsumtion bland barn och unga. Marknadsföring av mat har visat sig påverka särskilt barn och ungas matpreferenser och konsumtion. Regleringar som begränsar marknadsföring av ohälsosam mat till barn och unga har införts i vissa länder och insatser inom området ingår i EU:s cancerplan. I Sverige är radio- och tv-reklam och produktplacering som riktar sig till barn under tolv år förbjudet sedan 1991. Men dessa regler gäller inte tv som sänds från andra länder, reklam i sociala medier, produktplacering, reklampelare på väg till skolan och sponsring vid sportevenemang. Här behöver man se över möjligheten att bredda förbudet så ovan nämnda undantag också inkluderas i förbudet.

Screening och kontrollprogram vid ökad cancerrisk

Gällande nationella kallelsekanslier. Regionen står inte bakom förslaget under 4.7.2 att Cancercentrum ska få i uppdrag att fortsätta utveckla nationella kallelsekanslier för alla screeningprogram. Den utredning om nationella kallelsekanslier som RCC i samverkan lät genomföra det gångna året visade att förutsättningarna skiljer sig mellan olika screeningprogram. Nationella kanslier kan ge samordningsvinster för programmen för tjocktarms- och ändtarmscancer och för livmoderhalscancer, men för övriga screeningprogram behöver de tänkbara fördelarna och nackdelarna utredas ytterligare.

Gällande nationella screeningsprogram efterfrågar regionen styrmedel för att säkerställa hög kvalitet för de nationella screeningprogrammen. I nuläget innebär ouppfyllda kvalitetskrav inte några följder eller konsekvenser vilket efterfrågas alt stimulansmedel kopplat till god måluppfyllelse. Beslut gällande vaccinationsprogram komma via Socialstyrelsen inklusive finansiering enligt finansieringsprincipen så att befolkningen nås jämlikt samt för att få till stånd effektiva administrativa processer och gemensamma upphandlingar.

Kontrollprogram och strukturer vid ökad cancerrisk.

Regionen står ej bakom bedömningen att regionerna ska etablera definierade strukturer för uppföljning för personer med ökad risk för cancer. Detta är en fråga som bör nivåstruktureras alt. lokaliseras till universitetssjukhusen.

Personcentrering

Regionen önskar att bedömningen att SKR och Cancercentrum bör utveckla den nationella patientenkäten för patienter inom SVF även bör innefatta patienter utanför SVF. Regionen önskar att även närstående ska beredas möjlighet att vara en aktör i Min Vårdplan.

Tillgänglighet SVF

Regionen instämmer i inriktningen att utvärdera och vidareutveckla SVF. Dock önskas klargörande vad som avses med att SVF ska inbegripa hela processen.

Regionen ställer sig inte bakom att recidiv ska ingå i SVF då recidiv som ingår i ett uppföljningsprogram redan är i hälso- och sjukvården och utreds och behandlas utifrån individuella behov och förutsättningar. Vårdprogrammen omfattar redan hela processen, så vinsten med att ingå i SVF bedöms som försumbar.

Regionen står inte bakom förslaget att ta bort filterfunktion, utan ser risk för att detta skulle innebära ett utökat behov av utredning i specialistvården redan vid misstanke om cancersjukdom. Detta skulle innebära att flytta tillbaka den stora utredningsvolymen till specialistsjukvården med risk för undanträngning. Det generiska utredningsförloppet kan ses som gynnsamt genom att ensa i de olika ledtiderna. Dock är analyser av ledtider ett viktigt stöd i analysarbetet för att identifiera förbättringsarbeten. Regionen föreslår olika kluster av SVF med gemensamma ledtider i stället för att minska på spridningen av de satta interna ledtiderna. Regionen uppfattar det som oklart gällande uppföljning av denna del. Regionen önskar att ledtiderna generellt ses över utifrån klinisk relevans, för att inte beskriva mål då bästa förutsättningar föreligger.

Regionen tolkar att den föreslagna ledtiden gällande behandling inom 21 dagar från behandlingsbeslut leder till förlängda ledtider för ett flertal SVF. Är detta gynnsamt för patienten? Regionen önskar vidare uppföljningsansvaret klargörs för patienter som behandlas utanför egen region.

Regionen står ej bakom bedömningen att en generisk SVF för etableras i syfte att erbjuda jämlik tillgång till behandling i tid med särskilt fokus på cancerformer som inte inkluderas i diagnosspecifika SVF. Detta beräknas utgöra 20 % av all utredningen inom cancerområdet, och regionen bedömer inte detta som nödvändigt.

SVF och den personcentrerade vården utifrån den drabbades behov och förutsättningar bör tydligare synliggöras och kloka kliniska val bör beaktas från start. De ekonomiska incitamenten bör spegla detta omhändertagande.

Diagnostik och behandling

Det nationella programområdet medicinsk diagnostik arbetar redan med insatser kopplade till bland annat kodverk inom bild- och funktionsmedicin. Inom ramen

för partnerskapet mellan myndigheter och kunskapsstyrningssystemet kan ses som en naturlig samarbetspart i införandet av nationella standarder inom området. Gällande bedömningen att Cancercentrum bör etablera en struktur för årliga uppföljningar av MDK-verksamheten tolkar regionen som oklar avseende syftet. Vidare gäller detsamma avseende ATMP-centrum, likaså gällande handlingsplan för strålbehandling.

Läkemedel

Regionen anser att Cancerstrategin bristfälligt redovisat nuvarande funktioner för introduktion av nya läkemedel och behöver kompletteras med detta. Regionen bedömer att innan det är gjort är det inte aktuellt att tillsätta ytterligare omfattande utredningar.

I cancerstrategins 7:e kapitel görs försök att beskriva dagens introduktion av nya läkemedel i svensk sjukvård. Beskrivningen är ofullständig och i viss mån felaktig, vilket leder till slutsatser och förslag som bättre formulerade hade strävat närmare målet om ändamålsenlig och kostnadseffektiv behandling. I Sverige används så kallad värdebaserad prissättning vilket förutsätter att kostnaden för läkemedel behöver kunna bedömas som rimlig i förhållande till andra behandlingar och vårdinsatser. För flertalet nya cancerläkemedel är det inte möjligt att bedöma kostnaden som rimlig med de priser som företagen officiellt anger. Det gäller både för receptläkemedel och rekvisitionsläkemedel. Det är viktigt att cancerläkemedel inte hanteras och prioriteras på ett annat sätt än övriga läkemedel. Särskilda modeller för särskilda typer av läkemedel ses som riskfyllt och svårhanterligt.

Cancerstrategin saknar ett stycke om prissättning och dess konsekvenser för introduktion och bredare användning. Pris sätts primärt av tillverkande läkemedelsföretag och behöver inte stå i relation till utvecklingskostnader men kan ha stor betydelse för vårdens möjlighet att använda läkemedel. Reflektioner kring detta hade varit ett värdefullt bidrag till diskussionen kring introduktion och de processer som styr användningen av nya läkemedel.

Den nationella samverkan gällande introduktion av såväl förmånsläkemedel som rekvisitionsläkemedel har utvecklats avsevärt under senare år och därmed bidragit till nationell enhetlighet och förbättrad hälsoekonomi. Detta kunde ha beskrivits betydligt bättre, vilket kunde ha lett till andra slutsatser och förslag. I beskrivningen av processen för förmånsläkemedel saknas kommentar och/eller beskrivning av de så kallade trepartsöverläggningar som kan resultera i avtal mellan regionerna och berört företag. Trepartsöverläggningar och avtal med sekretessbelagd återbäring är ofta en förutsättning för att TLV ska kunna bedöma läkemedlet som kostnadseffektivt.

I "Processen för rekvisitionsläkemedel" (7.10.2) kritiserar avsaknaden av nationell process för prissättning med påståenden om ojämlikhet mellan regionerna utifrån regionala upphandlingar med olika resultat. Utvecklingen inom ordnat införande med nationella förhandlingar och avtal beskrivs över huvud taget inte.

Det påpekas också som en brist, att företagen inte kan styra NT-rådets val av preparat för ordnat införande och därmed bristande transparens. Vidare reflektioner över detta i cancerstrategin hade varit en fördel. I regionernas horizon scanning-arbete utarbetas redan innan introduktion tidiga bedömningsrapporter, där preparatens förväntade kliniska värde diskuteras. Utifrån en vetenskaplig bedömning av bland annat kliniskt värde och förväntad plats i terapiarsenalen fattas beslut om vilka preparat som bör prioriteras för samordnat nationellt införande. Den värderingen bör göras gemensamt och horisontellt och är svår för det enskilda företaget att göra. För de rekvisitionsläkemedel där NT-rådet fattat beslut om nationell samverkan sker i regel även förhandling/upphandling, avtalsreglering samt avtalsuppföljning i en sammanhållen nationell process. NT-rådet utfärdar ett nationellt förhandlingsuppdrag för ett enskilt läkemedel där resultatet av förhandlingen antingen bidrar till att NT-rådet kan rekommendera eller ej. "Bristande möjligheter att följa implementeringen av nya cancerläkemedel" (7.10.8) konstaterar kort och utan resonemang, att EMA ger marknadsgodkännande i allt tidigare fas och att detta ställer ökade krav på uppföljning. Det hade varit önskvärt om detta hade utvecklats vidare, utifrån problemen med bristfällig evidens vid introduktion och de krav som ställs på vården att använda mindre dokumenterade läkemedel – ökade risker i användningen och ökade krav på resurser för uppföljning.

Rehabilitering

Regionen önskar att beskrivningen förändras under utredningen bedömningar gällande att cancercentrum bör definiera ett mindre antal generiska rehabiliteringsrelevanta variabler som kan registreras som ett led i rutinsjukvård och ingå i samtliga kvalitetsregister. Regionen önskar att ersätta samtliga med relevanta.

Palliativ vård

Regionen instämmer i bedömningen att den palliativa vården behöver förstärkas generellt. Dock ser regionen inte att detta kan ske inom nuvarande finansieringsram, särskilda satsningar krävs. Det är vidare lite problematiskt att den palliativa vården beskrivs tydligt i cancerstrategin då den palliativa vården är diagnosberoende. Cancerstrategin bör säkerställa de cancerdrabbades behov av palliativ vård. Vidare önskar regionen förtydligande då uppföljningsvariabler inom den palliativa vården behöver utvecklas i samverkan med kunskapsstyrningssystemet. Vidare saknas kodrecept för att möjliggöra automatöverföring. Gällande att kunskapsstöd inom palliativ vård ska finnas tillgängliga på 1177 för vårdpersonal är klokt, dock följer den palliativa strukturen inte kategoriseringen primärvård respektive specialistsjukvård som 1177 för vårdpersonal är strukturerad efter.

Gällande att regioner och kommuner bör säkerställa att all personal i cancervården erbjuds regelbunden fortbildning i palliativt förhållningssätt bör inbegripa all vårdpersonal.

Forskning

Gällande riktade forskningsinsatser önskar regionen att akademiska studier gällande läkemedel också ska ingå som en riktad tematisk satsning.

Gällande samordnad tillståndsgivning och uttag av biobanksdata kräver detta patologens insats. Patologiska resurser är identifierade som en bristresurs varför detta bör beaktas.

Ansvarsfördelning och strukturer för samverkan

Regionen önskar att RCC/Cancercentrum, CCC och CCI:s funktioner förtydligas avseende syfte och funktion tillika finansiering. Vidare önskar regionen att RCC:s funktion förtydligas i relation till den föreslagna nationella kontaktpunkten.

Kunskapsstyrning

Sammanfattningsvis är en förutsättning gällande hälsodata och kvalitets- och indikatorsuppföljning interoperabilitet och automatgenerering av data. Vidare står vårdprogramsprocessen och dess ofta ambitionshöjande inriktning i kontrast till arbete kring kloka kliniska val, icke göra samt horisontella prioriteringar. Regionen välkomnar således förslaget att Socialstyrelsen får i uppdrag att ge stöd för horisontella prioriteringar i vårdprogrammen.

För Region Västmanland, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Lars Almroth
Hälso- och sjukvårdsdirektör