

REMISSVAR
2025-03-13

Socialdepartementet

s.remissvar@regeringskansliet.se
s.sl@regeringskansliet.se

Diarienummer: S2024/02100

REMISSVAR – Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi

Sammanfattande reflektioner:

SFAM har gått igenom sammanfattningen av den nationella cancerstrategin och är besvikna över att fast läkare inte nämns en enda gång i hela detta dokument. Då har man tyvärr missat det absolut viktigaste ur ett primärvårdsperspektiv för att hitta cancer tidigt, för att hålla samman uppföljningen efter cancer och för att snabbt hitta nya cancer och återfall i cancer. AI, vårdplaner, kunskapsstyrning med mera är och kommer fortsätta vara komplement till den fasta läkaren, inte ersätta densamma. Att det skulle förändras inom överskådlig framtid är inte troligt. Vikten av fast läkare med rimlig arbetsbelastning måste skrivas in i slutprodukten.

Man beskriver ambitionshöjningar inom många områden. Dokumentet andas att allt ska bli bättre genom tidigare och mer omfattande insatser vilket är en vällovlig ambition men inte riktigt realistisk. Här saknar vi tydligare konsekvensanalyser kring överdiagnostik och överbehandling samt undanträngningseffekter.

Det finns mycket skrivet om flöden, riktlinjer, ledtider och samverkan men mindre om vilken bemanning som är nödvändig för att kunna uppnå alla de ambitionshöjningar som beskrivs inom olika områden. Utan resonemang kring bemanning blir det svårt att värdera övriga förslag. Kanske man skulle våga sig på att titta igenom dokumentet med time needed to treat-beräkningar?

Specifika kommentarer:

Sid 3 i sammanfattningen: *Intelligent diagnostik kan bidra till att diagnostisera cancer tidigt* Primärvården har flera nyckelfunktioner i cancervården. Det är i primärvården som de flesta cancerfallen upptäcks, och det är här en koordinerad och effektiv utredning startar för de flesta patienter. Utvecklingen mot god och nära vård stöder detta. I framtiden kan intelligent diagnostik skapa nya möjligheter, och primärvården blir en viktig plats för att utvärdera och strukturerat införa ny, modern diagnostik. Utvecklingen öppnar också möjligheter att stoppa cancerutvecklingen i de tidigaste sjukdomsstadierna.

Kommentar: Bra att primärvården lyfts. Mindre bra att man inte nämner den fasta läkaren eftersom det är den person som hittar cancer i primärvården. Tidig diagnostik är ofta bra men inte alltid. Intelligent diagnostik kan vara ett komplement till den fasta läkaren med helhetsansvar över tid men inte en ersättning. Det vore en väldigt farlig väg att gå.

Det finns även en risk i att man kalibrerar tekniken så att man får hög sensitivitet men låg specificitet vilket kan leda till en stor volym falskt positiva svar och det kommer bli resurskrävande.

Sid 4 i sammanfattningen: *Livet med och efter cancer*

Allt fler personer lever med eller efter en cancersjukdom. Cancerstrategin lyfter fram betydelsen av att tidigt och löpande integrera rehabilitering i vårdprocessen, för att minska risken för komplikationer och underlätta återgång i skola, arbete och vardagsliv. Utvecklingen mot en god och nära vård innebär att primärvården ska finnas där också för patienter som utreds för cancer. Den ska även finnas där för dem som drabbats av komplikationer efter behandlingen eller har samsjuklighet, såväl som för närstående som behöver medicinskt stöd eller hjälp. Genom ett palliativt förhållningssätt ska stöd och symtomlindring erbjudas för bästa möjliga livskvalitet till alla patienter som behöver detta. Tidig tillgång till palliativ vård, som kan bedrivas parallellt med annan vård, kan lindra symtom och öka livskvaliteten.

Kommentar: Återigen bra att primärvården lyfts men låter som vanligt som att primärvården ska räcka till för att göra allt möjligt. Tyvärr har den goda och nära vården stått och stampat i många år nu så innan primärvården ska göra mer behöver den få finansiering till att klara av det den redan gör idag vilket inte är fallet. Återigen mindre bra att inte den fasta läkaren lyfts.

Sammanfattningen sida 9:

Minskad risk att utveckla cancer och fler som diagnostiseras tidigt

- Minskad cancerrisk genom ett strategiskt och samordnat hälsofrämjande och förebyggande arbete.
- Minskad sjuklighet och dödlighet i cancer genom tidig diagnostik.

Kommentar: När det gäller cancerstrategins första övergripande mål som det beskrivs ovan är det enormt viktigt att man tar hänsyn till att primärvården inte åläggs ytterligare uppdrag vad gäller det hälsofrämjande och förebyggande arbetet. Detta måste ske på samhällsnivå. Vi arbetar redan hälsofrämjande i den mån vi bedömer det adekvat i det enskilda patientmötet framför allt sekundärpreventivt men även primärpreventivt.

När det gäller tidig diagnostik är det mycket viktigt att man tar i beaktande konsekvenserna av överdiagnostik. Viljan att hitta allt tidigt får inte övertrumfa riskerna det medför i form av överdiagnostik och överbehandling. Som vi alla vet finns det olika typer av cancer som aldrig hade utvecklats till något behandlingskrävande eller skadligt även om man inte hittade det. Om denna ambition då tränger undan annan viktig vård så har vi misslyckats. Vi kan inte sätta cancer i en separat silo och vi kan inte förvänta oss att primärvården ska göra mer för vi har redan mer uppdrag än resurser.

Sammanfattningen sid 11. Figur 1.

Kommentar:

- *Är det tänkt att mer pengar ska gå till cancerområdet närmaste åren och om så är fallet, var ska pengarna tas ifrån?*
- *Hur har målnivåer tagits fram och hur har man resonerat kring rimligheten i de olika målnivåerna?*
- *Det verkar som att allt ska bli bättre. Är det rimligt att anta?*

Sammanfattning sid 14

Regeringen föreslås ge Folkhälsomyndigheten i uppdrag att sammanställa evidensbaserade insatser som kan användas i det hälsofrämjande och förebyggande arbetet för att öka jämlikheten i hälsa.

Kommentar: I denna grupp föreslår vi att man tillsätter en balanserad grupp av individer där det inte bara ingår medlemmar som är odelat positiva till hälsofrämjande och förebyggande arbete utan även individer som har en mer problematiserande syn kring det hela. Annars finns risken att evidensen för diverse insatser granskas med alltför positiva glasögon på vilket riskerar att leda till icke önskvärda förslag utan tillräcklig evidens. Om primärvården på minsta sätt ska engageras i detta är det rimligt att SFAM tillfrågas.

Sammanfattning sid 19

Strukturer för uppföljning vid ökad cancerrisk har implementerats i alla regioner.

Kommentar: Här är ett område där den nationella cancerstrategin har möjligheten att hjälpa primärvården att avgränsa och se till att uppföljningen av alla med ökad cancerrisk sker där det är mest lämpligt. Till exempel kan radiologiskt avvikande fynd på lungor med fördel följas via lungklinik utan primärvårdens inblandning osv.

Sammanfattning sid 20

Cancercentrum bör utveckla vårdprogram för personer med ökad risk för cancer.

Kommentar: Viktigt att beakta risk för undanträngningseffekter om man skulle involvera primärvården i detta.

Personcentrering sid 21

Kommentar: Att fast läkare inte nämns som en central del för att kunna möjliggöra en personcentrerad vård är beklagligt. Det är centralt i diagnostiken men även när patienten har genomgått sin cancerbehandling och ska följas upp efteråt. Bara vetskapen att patienten har haft cancer gör att man som fast läkare drar öronen åt sig när patienten kommer med ett potentiellt alarmerande symptom senare under livet, för att inte tala om all annan problematik som kan följa efter en cancer och en cancerbehandling, som också är viktigt att man på ett enkelt och tryggt sätt ska kunna adressera åt någon som man litar på, ens fasta läkare.

Sid 24 Min vårdplan

Regeringen föreslås ge Cancercentrum i uppdrag att vidareutveckla Min Vårdplan till en individuell behandlings- och uppföljningsplan.

Kommentar: Viktigt att dokument såsom min vårdplan inte innebär extra administrativt arbete för vårdpersonalen och att det aldrig kan ersätta kontinuiteten som det innebär att ha en fast läkare och en fast vårdkontakt.

Sid 25-26 SVF

Kommentar: Det är viktigt att vara medveten om att SVF främst är en konstruktion för dysfunktionella vårdcentraler där det inte finns kompetenta fasta läkare för att höja lägstanivån och för sekundärvården för att det ska gå lättare för dem att prioritera och så att de "slipper läsa remisserna". Med det sagt kan det naturligtvis finnas en del positiva saker med företeelsen men även en hel del negativa aspekter såsom undanträngningseffekter mm men det adresseras bra i texten redan.

Sid 29

Eftersom väntetiderna i cancervården behöver kortas som vi redogjort för ovan, föreslår vi att den prestationsbaserade ersättningen riktas till måluppfyllelse för tiden från behandlingsrekommendation till behandlingsstart.

Kommentar: Väldigt vanskligt att börja prestationsersätta så som man föreslår i detta stycke. Ett givet sätt om man vill skapa undanträngningseffekter och ge cancerpatienter en gräddfil gentemot andra patientgrupper.

Diagnostik och behandling sid 30-33

Kommentar: Återigen nämns primärvården utan att man nämner fast läkare vilket är den enskilda grupp i sjukvårdssystemet som upptäcker mest cancer. Ett rimligt förslag/bedömning här vore att man skrev att en prioriterad rekommendation är att hela svenska befolkningen har en fast läkare med ansvar för ett rimligt antal invånare ca 1.100 invånare enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Uppföljning efter cancersjukdom sid 45

Kommentar: Även här märkligt att inget nämns om vikten av fast läkare. Vem ska stå för koordinering, upptäckt av långtidsbiverkningar av behandlingen och hitta återfall/ny cancer vilket många av dessa patienter har ökad risk för?

Palliativ vård sid 49

Kommentar: Här är det fokus på att lära sig kunskapsstöd och på specialiserade palliativa team men man missar delvis "den vanliga primärvårdspalliationen" som sker i den kommunala hemsjukvården i samarbete mellan kommunsjuksköterska och fast läkare. Den är minst lika viktig när man vill förstärka den palliativa vården. Avseende kunskapsstöd är dessa sekundära om det inte finns tillräcklig bemanning.

Riktade forskningsinsatser sid 55

Kommentar: Bra att man fokuserar på tidig diagnostik och prevention. Här finns stora möjligheter till forskning i primärvården. Viktigt att allmänläkare är med i de grupper som delar ut stöd till denna typ av forskning så att perspektivet inte blir alltför sekundärvårdsorienterat. Då missas viktiga aspekter.

Kunskapsstyrning sid 66

Kunskapsstyrning är centralt för att skapa goda förutsättningar att nå målen i den uppdaterade nationella cancersstrategin. Exempelvis är hälsodataregister och kvalitetsregister av hög kvalitet av central betydelse



Svensk förening för allmänmedicin

för att skapa ändamålsenlig statistik, bedriva forskning och göra uppföljningar av hög kvalitet. Uppföljning är en nödvändig förutsättning för att regioner, vårdgivare och professioner ska kunna följa sina resultat och utvecklas.

Kommentar: Kunskapsstyrningen är säkerligen central men fast läkare för hela befolkningen är mycket mer centralt ur ett primärvårdsperspektiv. Register är en möjlighet men även en farhåga om det skulle innebära ökade krav på manuell registrering.

För Svensk förening för allmänmedicin

Magnus Isacson
ordförande SFAM