



**Till: Socialdepartementet**

## **Remissvar från Svensk Kirurgisk Förening gällande Bättre tillsammans - Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi 2024 -11- 29 S2024/0 2 100**

---

Kirurgi botar cancer. Fortfarande är den huvudsakliga boten för solida cancersjukdomar en kirurgisk åtgärd. Vikten av att stärka och utveckla kirurgin har fått en undanskymd roll i cancerplanen, trots att diagnostik, primär behandling och uppföljning i mycket stor utsträckning sker på kliniker med kirurgisk eller annan opererande verksamhet.

Vi återkommer till detta.

Generellt är förslaget välskrivet, och innehåller en till stora delar relevant beskrivning av cancervården och dess utmaningar. Dock finns inga referenser i sammanfattningen. Hela rapporten är inte praktiskt att läsa i sin helhet för de flesta. Sammanfattningen är därför central och bör därför förses med referenser. Tunga rekommendationer bör motiveras med vetenskapligt underlag.

### **Kapitel 2**

**En dimension som saknas i målområden är kompetensförsörjning.** Att ut- och fortbilda personal med den kompetens som framtidens vård behöver är en viktig komponent för att vården ska vara jämlik över tid. Forskning och innovation är synnerligen viktig för framtiden, men kompetensförsörjningen är också en förutsättning. Med den målstruktur som finns prioriteras dagens patienter och framtidens patienter, men inte "morgondagens" patienter.

### **Kapitel 3**

En stor del av de förslag för folkhälsa som det resoneras kring i kapitlet har svag eller ingen evidens. Man bör lyfta fram det som har stark evidens, och här skulle man kunna trycka starkare på barnhälsovården, men lämna en del övrigt osagt.

Om man i slutrapporten ändå ska resonera kring risker med tex andra nikotinprodukter än rökning, kan man för balansens skull också ta med de ganska svaga vetenskapliga underlag som finns vad gäller cannabis och andra droger. Det är inte osannolikt att de också innebär hälsorisker avseende cancerutveckling. Eller så fokuserar man som sagt på områden med stark evidens.

**SKF samtycker dock till att folkhälsomyndigheten får ett samordnande ansvar. SKF vill påpeka att vården inte kan vara en bärande del i förebyggande folkhälsoarbete, det är inte primärt en vårdfråga utan en generell samhällsfråga.**

### **Kapitel 4**

Screeningens värde för att minska dödlighet i befolkningen är egentligen endast med tydlig evidens för cervix- och bröstcancer, svagare för tarmcancer och mycket svag för prostatacancer på befolkningsnivå. Underlaget är dock relevant, och det är rimligt att man vill mäta kvalitet på de

screeningprocesser som finns. Screening har negativa effekter som endast översiktligt nämns, och kapacitetsutmaningar nämns inte heller, vilket hade behövts utvecklas för att balansera innehållet.

**Att screeningkoloskopier sker av aktivt opererande kirurger är inte ett rimligt utnyttjande av resurser, det försämrar förutsättningarna att kirurger får höga operationsvolym, och bör avrådas från i utredningen.**

**SKF stöder i övrigt utredningens förslag avseende screening.**

## **Kapitel 5**

Texten borde kunna konsolideras för att göras mer tillgänglig. Det finns i kapitlet ingen diskussion kring värdet av kontinuitet för starkare personcentrering i relation till de SVF tider som föreslås, utan fastslår att SVF lett till ökad kontinuitet. Det är en bild som inte stämmer med vår upplevelse. SVF tider som är korta leder till mindre förutsättningar för att erbjuda läkarkontinuitet, och en mer djupgående diskussion kring de övervägningar som görs här är önskvärt. Att läkarkontinuitet inte nämns i ett kapitel om personcentrering är anmärkningsvärt.

**Bedömningarna att underlätta för kliniska verksamheter att använda olika patientrapporterade utfallsmått är bra, liksom att tydliggöra syftet med arbetssätt och mål med patientsamverkan.**

**Vi samtycker också till utredningens förslag samt bedömningen om närståendestöd.**

**Vi anser att utredningen bör påpeka värdet av läkarkontinuitet när det är möjligt.**

## **Kapitel 6**

Det saknas hänvisning till studier som visar att valet av standardiserad handläggningstid på 21 dagar kommer att öka överlevnaden eller minska sjukligheten i cancer i Sverige, och det bör tydligt framgå.

Valet av SVF tider är fortsatt för att förbättra patientupplevelsen. Tillgängliga vetenskapliga underlag ger oss inte tillräckligt specifika medicinska motiverade tidsintervall för olika cancerdiagnoser, och man kan ifrågasätta värdet av att ha tidsmål. Egentligen är det rimliga att göra individuella värderingar av patientens situation och förutsättningar.

Samtidigt finns underlag inom flera diagnoser att det på gruppnivå är av värde för överlevnad och minskad sjuklighet att behandling startar tidigt, men det är en utmaning att precisera "rätt" tidsintervall. Utifrån detta bedömer vi ändå att det är rimligt att man sätter 21 dagar som handläggningstid, att valet av detta främst är för att väntan för patienterna är påfrestande. Men det är viktigt att det framgår i all patientinformation att ledtiden är vald med just fokus på patientupplevelsen, och att den medicinska risken med längre ledtider för de flesta diagnoser är obefintlig eller låg.

Vi ser också att det finns fördelar för vårdgivare att ha en ledtid att följa när man utvecklar verksamheten, många olika ledtider försvårar uppföljning och jämförelser, och riskerar därför att inte effektivt bidra till verksamhetsutveckling. Vi ser inte att delledtider tillför något, och för dem finns överhuvudtaget ingen evidens.

Avseende ersättning för måloppfyllelse är det att föredra att ge ersättning till tydliga patientrelaterade tidsmål än rapporter eller handlingsplaner. Dock måste tidsmålen vara relevanta, lätta att få fram och lätta att validera. De får inte riskera att driva mot åtgärder som inte gagnar patienten för att uppnå större ekonomisk ersättning. Tid till diagnos och behandling bedömer vi borde kunna vara rimliga prestationsmål.

**Vi stöder förslaget att man premierar kort tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart**, men kan inte bedöma om det i dagsläget går att ta fram säkra uppgifter. En nationell struktur kan vara en bra lösning för detta.

**Vi vill påpeka att då många patienter behandlas i flera regioner, måste också hela processen ingå i underlaget i den regionen där någon del av vården ges, inte bara i hemregion eller utförarregion.**

**Vi tycker att utredningen också bör påpeka att det är viktigt att det framgår i all patientinformation att ledtiden är vald med fokus på patientupplevelsen.**

**Avseende kapacitet se svar kapitel 7.**

## **Kapitel 7**

Kapitlet ger en nulägesbeskrivning som är balanserad utan överraskningar. Centraliseringsfrågan berörs med ett rimligt helhetsperspektiv, där det är viktigt att väga in andra centrala delar av vården, såsom akutsjukvård och beredskap för allvarliga händelser.

Utredningen nämner kort behovet av mer kapacitet för avancerad kirurgi och intervention, men för att cancervården ska fungera behövs det mer operationsresurser generellt. Endast fokus på avancerade resurser till cancervård har två uppenbara risker. Om patienter utan cancersjukdom får dålig tillgänglighet upplevs inte sjukvårdssystemet som rättvist. Andra kirurgiskt bot- och lindringsbara sjukdomar kan ha lika hög mortalitet och morbiditet som cancersjukdomar, och kan riskera att prioriteras ner. Minst lika viktig är att den mindre avancerade vården är central för att ut- och fortbilda nästa generations operationspersonal för cancervården, läkare och andra personalkategorier. Idag sker mycket basal kirurgisk verksamhet på enheter som inte bedriver ut- och fortbildning. Basal ut- och fortbildning måste värnas för att vi ska ha kompetenta canceroperatörer framöver. Här har utvecklingen varit oroande, och idag sker det kirurgisk verksamhet i narkos på fler enheter i Sverige än innan nivåstruktureringen för ca 10 år sedan, men i allt mindre utsträckning med ut- och fortbildning i uppdraget.

För att få framtida kompetenta kirurger behöver också kirurgernas arbetsuppgifter förändras. Redan idag är det stor skillnad på en kirurgs uppdrag i Sverige jämfört med våra grannländer, där operativ och perioperativ vård är en större del av yrkesutövningen. Utanför universitetsanknutna sjukhus ansvarar kirurger i Sverige idag för nästan all vård för cancerpatienter med "kirurgiska" diagnoser, undantaget den tid de får medicinsk onkologisk behandling eller är i hemsjukvård. Diagnostik, besked, ansvar för behandlingsunderlag och beslut och regionala kontakter, ibland även kirurgi samt uppföljning och kontroll ligger i kirurgernas uppdrag. Detta var en helt rimlig situation när kirurgi var den enda eller huvudsakliga behandlingen och skedde på sjukhuset där kirurgen arbetade. Idag ser det inte ut så. Patientförloppen är betydligt längre, med mer omfattande utredning, neoadjuvant behandling, inte sällan kirurgi på annan ort, adjuvant behandling, långvariga uppföljningsprogram och inläggande vård för onkologiska komplikationer och palliativ vård. Många kirurger har inte förutsättningar att utvecklas som kirurger då deras arbetstid upptas av många andra arbetsuppgifter, där handläggning av cancerpatienter tar mycket tid. Samtidigt är det kostsamt och tidskrävande att utbilda kirurger, och allt svårare då den basala kirurgin inte sker på utbildningssjukhus längre. Det finns delar av kirurgin som är utmanad från två håll idag, där den högspecialiserade kirurgin går till regionsjukhus, och den basala vården utförs av upphandlade enheter.

Här behöver alla delar av cancervården tänka om. Ska vi utbilda nästa generation något färre men högt kompetenta kirurger måste vi utbilda fler onkologer som tar ett ansvar för större delar av cancerpatienternas förlopp, särskilt de som inte ska eller redan har genomgått kirurgi. Onkologer måste finnas tillgängliga för patienterna i hela landet. Det är rimligt att det inom 10 år finns fler onkologmottagningar än traumaenheter. Vi måste identifiera och utbilda andra personalkompetenser än kirurger som diagnosticerar och följer upp våra cancerpatienter. Palliativa vården måste byggas ut

enligt utredningens intention. Och ut- och fortbildning bör ske på alla enheter som bedriver kirurgi. Detta är inte en intern fråga för de kirurgiska verksamheterna, utan måste utvecklas i samarbete med övriga delar av den onkologiska vården.

I dessa frågor borde utredningen ha en tydligare målbild, då ingen annan del av sjukvårdssverige har det. Helhetssynen bör finnas i detta underlag. Utan en förändring finns det en klar risk att den kirurgiska kvaliteten sjunker: En lägre kvalitet på kirurgin är svår att kompensera med onkologiska behandlingar.

Med förändrade arbetsuppgifter kan även en viss omfördelning av var kirurgin utförs sedan göras med hänsyn till kirurgins övriga uppdrag, men så länge vi inte förändrar övriga delar av cancervården är befintliga strukturer kvar, och omfördelning leder då snarare till utarmning och kvalitetsutmaningar.

**SKF stöder utredningens förslag, men saknar bedömningar och förslag enligt diskussion.**

**Utredningen borde föreslå ett ökat fokus på utbildning av onkologer utanför regionsjukhusen för att tillhandahålla en jämlik onkologisk vård.**

**Utredning borde föreslå ett ökat fokus på individuell kirurgisk operationsvolym, inklusive intervention, och oavsett kirurgisk specialitet. Fokus på operationsvolym totalt, inte för specifika ingrepp, då Sverige behöver bygga en bred kirurgisk kompetens för framtiden. Regionerna bör därför uppmanas se över hur man ska organisera vården för att ge förutsättningar för att kirurger får mer operationsvolym, vilket i praktiken innebär att andra delar av vården tar över en del av de arbetsuppgifter kirurger gör idag. Utredningen skulle kunna hänvisa till goda exempel nationellt eller internationellt.**

**Utredningen borde föreslå att regionerna säkrar att ut- och fortbildning sker på upphandlade enheter som bedriver kirurgisk verksamhet. Detta är centralt för att utveckla framtidens högspecialiserade operatörer, anestesipersonal och övrig operationspersonal och att säkra framtida operationskapacitet i vården.**

## **Kapitel 8**

Utöver en etablering av ett nätverk för precisionsdiagnostik är vi tveksamma till effekten av utredningens övriga förslag. I ett nära samarbete inom och mellan regioner och forskningsenheter bör implementering av precisionsmedicin ske som andra nya metoder.

**Således ställer vi oss inte bakom utredningens förslag.**

## **Kapitel 9**

SKF ser positivt på att det sker en uppföljning av rehabiliteringsinsatser, som också bör ge mer underlag för forskning, då evidensen för många åtgärder är svag. Vi ser en risk i att ett för stort ansvar för rehabilitering läggs på vården och stöder att övriga delar av samhället involveras.

Vi ser också mycket positivt på att det sker en genomlysning av evidensbasen och kostnaden för de uppföljningar som rekommenderas inom cancerområdet.

**Vi ställer oss bakom utredningens bedömning, men ej dess första förslag.**

## **Kapitel 10**

En viktig funktion för att fokusera resurser på rätt patient är att den palliativa vården fungerar väl. När den inte gör det belastas andra delar av råden på ett osynkroniserat och ineffektivt sätt, med otrygghet och suboptimal kvalitet för såväl den palliativa patienten som de som behöver tillgång till annan specialist- och primärvård. En utveckling av den palliativa vården med vårdplatser och hög kompetens

alla dagar i veckan är rimligt för att specialistvården ska utnyttjas effektivt, men i än större grad för att patienten i en palliativ situation ska känna trygghet och ha en god kontinuitet i vården.

**Vi stöder utredningens bedömning och förslag i frågan.**

## Kapitel 11

Generellt ett bra kapitel där svårigheterna belyses bra, men där åtgärdsförslag kan konkretiseras.

Det framkommer behov av att Sverige behöver förbättra sig gällande kliniska studier (ffa interventionsstudier) och delvis belyses behovet av att bredda möjligheterna till inklusion utanför universitetssjukhusen. Vi delar utredningens bedömning att nuvarande situation där inklusion i kliniska studier övervägande sker på universitetssjukhus leder till ojämlik vård. SKF anser att det är prioriterat att stärka nationella, inter- och intraregionala nätverk där universitetssjukvårdsenheter/CCCs får ett samordnande ansvar för att integrera läns- och länsdelssjukhus vid upprättande av nya studier. Detta för att förankra vetenskapen om pågående studier och helst se till så att de mindre sjukhusen får möjlighet att bli inkluderande site/delsite och få de resurser och ta del av den kompetens som behövs för att bli ett sådant. Idag finns många hinder för att detta ska ske. Ett nationellt femårigt försöksprogram för att planera och genomföra interventionsstudier med medverkan från flera samverkansregioner som föreslås är vällovligt, men bör i så fall följas av en plan för utvärdering med målet att långsiktigt stärka strukturen med ett tydligt uppdrag till regionerna.

Viktigare än att effektivisera uttagsprocessen från biobank är att effektivisera och kvalitetssäkra insättningsprocessen i biobank. Att stärka och kvalitetssäkra biobankningsprocessen är en central del i den translationella cancerforskningen där kirurgiska vårdenheter ofta har en viktig roll. Idag är strukturen för biobankning diversifierad och möjligheten för våra patienter att lämna prov för biobankning och forskning ser olika ut beroende på var och när du opereras, och för vilken cancer det gäller. Att skapa jämlika förutsättningar för biobankning i landet är en prioriterad fråga där Biobank Sverige kan få en samordnande och faciliterande roll, likt den som föreslås för tillståndsgivning och uttag.

Idag är tillståndsprcessen vid forskning komplex och tidskrävande, och tar stora resurser från de som väljer att forska. Det är inte där Sverige ska lägga sina forskningsresurser. En samordnad tillståndsgivning och en välfungerande nationellt hälsodatastruktur är nödvändigt att verka för. Vi delar utredarens uppfattning att nationella och internationella samarbeten bör stärkas. Att som utredaren föreslå att enskilda CCC och cancerforskare aktivt skall arbeta för detta bedömer vi dock har begränsad verkan. Sverige är ett litet land och en fundamental fråga för internationella samarbeten är möjligheten att effektivt dela data. I tillämpningen av EHDS bör Sverige verka för att inte onödigtvis försvåra datadelning och sekundär hälsodataanvändning. Detta motverkas av en alltför strikt tolkning av vad som är persondata, utan kräver större fokus på situationsanpassad rimlighetsbedömning av riskerna med datadelning för den enskilde.

**Vi samtycker till utredningens bedömning och föreslår modifiering av förslag enligt ovan för att underlätta jämlik tillgång till inklusion i forskningsstudier, förbättrad och mer jämlik biobankning samt underlättande av datadelning med effektivare tillståndsprcesser.**

## Kapitel 12

Det vore olyckligt om CCC leder till ytterligare fragmentisering av cancerforskningen. Därför är en nationell samverkansgrupp relevant. Det är dock viktigt att även länssjukvårdens roll beaktas i denna grupp, och den bör ha god representation. Gränssnitt mellan RCC och CCC bör förtydligas, liksom gränssnittet till regionernas linjeorganisation. Hur finansiering av regionala samarbeten ska fungera behöver utredas i respektive sjukvårdsregion.

Stycket "förstärkt samverkansregionalt arbete sida 542 är välskrivet. Idag finns det hinder i utformningen av ekonomiska transaktioner och i arbetet med ut – och fortbildning som förhindrar ett optimalt välfungerande samarbete i samverkansregionerna.

**Vi samtycker till utredningens förslag.**

### **Kapitel 13**

Kvalitetsregisterna är centrala för vidare utveckling och forskning i svensk vård. Finansiering av dem behöver säkras långsiktigt. Relevanta kvalitetsdata som är generiska är att föredra, men måste kunna kompletteras med andra data i respektive register för att vara relevanta. Ekonomisk stimulans kopplat till kvalitetsregister bör endast ges för täckningsgrad, inte för utfall. Ekonomisk incitament kopplat till utfall riskerar att skada data i registren, och minska möjligheterna till forskning och utveckling.

**Bättre tillgänglighet till utdata relevanta för verksamheten stärker linjeorganisationens möjligheter att utveckla vården.**

**Horisontella prioriteringar i kunskapsstyrningen är en stor utmaning, men att stödja en sådan process kan vara av värde för att öka medvetenheten om behovet.**

**Vi tycker att utredningen ska vara tydligare i sin bedömning att kvalitetsregister är en starkt bidragande faktor för svensk vårds utveckling, och att finansiering därför bör säkras långsiktigt.**

### **Sammanfattning**

Svensk Kirurgisk Förening tycker utredningen är välgjord. Den ger en bra beskrivning av situationen i cancervården idag. Vi tycker att den belyser situationen kring forskningen väl, men är tveksamma till om utredningens förslag kommer att åstadkomma någon större förändring.

Vi kan stå bakom en generisk SVF tid på 21 dagar, men tycker att man bör förtydliga att det inte är vetenskapligt väl underbyggda medicinska skäl som ligger bakom valet av just detta tidsspann.

I utredningen saknas förslag på steg i den omställning som måste göras av vården av cancerpatienter från opererande läkare till andra specialiteter. Man lyfter inte ut-, fortbildning och kompetensförstärkning generellt av vårdpersonal inom cancerområdet, utan tittar bara på mindre delar av verksamheten. Man lyfter inte bristen på operationskapacitet, särskilt avseende offentlig vård. Balansen mellan de mycket stora utmaningar vi har kring operationskapacitet och till exempel samverkan vid molekylär diagnostik blir skev i ett helhetsperspektiv.

För Svensk Kirurgisk Förening

Linus Axelsson

Ordförande Svensk Kirurgisk Förening