

Sektionen för hälso- och sjukvård
Kjell Ivarsson

Socialdepartementet

103 33 Stockholm

Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi

Sammanfattning

SKR ställer sig positiv till utredningens övergripande ansats med kopplingen till EU:s cancerplan. Detta ger en god grund för att stärka det preventiva arbetet och förbättra tillgängligheten och ge alla som drabbas av cancer en ökad chans att överleva och ha en så god livskvalitet som möjligt.

SKR anser att många av de föreslagen var för sig är lovvärda men de måste, innan de genomförs, sättas i relation till insatser för andra högt prioriterade sjukdomsgrupper. SKR saknar också konsekvensanalyser för vad dessa uppdrag kan tänkas generera för kostnader hos regionerna.

SKR ställer sig tveksamma till förslaget om att etablera en generisk modell för de diagnoser som inte ingår i SVF och anser att varje cancerform kräver sin specifika utredningsväg.

SKR är också tveksamma till förslaget att 80 procent av patienterna som har diagnostiserats med cancer ska starta behandling inom 21 kalenderdagar.

Exakta ledtider och dagar inom SVF bör inte vara en del av en långsiktig cancerstrategi, där bör de övergripande målen beskrivas. Exakta ledtider bör hanteras i andra former för att kunna vara mer flexibla och kunna möta utvecklingen inom cancervården. Ambitionsnivån bör dock vara hög för att korta väntetiderna.

SKR menar att förkortade väntetider för patienterna är oerhört viktigt, men vill påpeka att frågan om exakt hur man ska utforma eventuell prestationsersättning utifrån väntetider behöver utredas vidare. SKR anser att en generell problematik med prestation på ledtider är hur de ska fördelas när diagnos och behandling sätts och ges i olika regioner det vill säga all vård som går över regiongränser.

Avsnittet om läkemedel innehåller flertalet felaktigheter och otydliga och/eller bristfälliga beskrivningar. SKR ser också behov av förändringar på läkemedelsområdet men bedömer inte att det finns något särskilt behov av en översyn av just cancerläkemedel. De utmaningar som finns kring läkemedel gäller i stor utsträckning generellt.

SKR vill understryka att det är lika viktigt att följa upp bedömningen av rehabiliteringsbehov och upprättandet av rehabiliteringsplan som uppföljning av rehabiliteringsinsatser.

SKR ställer sig vidare tveksam till förslaget om ett femårigt försöksprogram för multidisciplinära uppföljningsmottagningar på grund av risk för undanträngningseffekter.

SKR instämmer i att en översyn av kunskapsstyrningen inom det palliativa området behövs, men menar att utredningen bör göras inom ramen för kunskapsstyrningen.

SKR ser positivt på förslaget om stöd för horisontella prioriteringar. Ett sådant arbete bör dock avse horisontella prioriteringar inom hela hälso- och sjukvården.

Allmänna synpunkter

I arbetet med att svara på remissen har dialog förts med RCC i Samverkan under vissa kapitel.

Utredningen föreslår en rad åtgärder i syfte att förbättra den svenska cancersjukvården. Det handlar om att utveckla en rad olika samverkansforum, utbildningssatsningar, försöksverksamheter, uppdrag till myndigheter och statliga satsningar. Man gör ett antal bedömningar kring vad olika intressenter bör göra, ger rekommendationer och lägger skarpa förslag. Utredningen gör också kostnadsberäkningar och ger förslag på finansiering av de olika satsningarna. Det finns många förslag på myndighetsuppdrag och utökning av RCC som kostnadsberäknas schablonmässigt men en svaghet är att det saknas konsekvensanalyser för vad dessa uppdrag kan tänkas generera för kostnader hos regionerna. Positivt är att utredningen är tydlig med att utökade kostnader för regionerna ska ersättas via det generella statsbidraget. Den kommunala finansieringsprincipen är en grundbult för att statliga reformer inom ett område inte ska tränga undan verksamhet inom andra områden.

Många cancerformer tillhör de mest allvarliga tillstånden inom hälso- och sjukvården och SKR menar att de bör prioriteras högt. Initiativen kan därför var för sig framstå som lovvärda. SKR anser dock att de föreslagna insatserna, innan de genomförs, måste sättas i relation till insatser för andra

högt prioriterade sjukdomsgrupper som cirkulationsorganens sjukdomar, demens, psykisk ohälsa med mera. Vid införande av nya läkemedel och nya medicintekniska produkter inklusive diagnostik behöver dessa värderas utifrån samma principer för horisontella prioriteringar och nationellt ordnat införande.

Barncancerperspektivet saknas i stora delar och bör framhållas genomgående, inte minst när det gäller introduktion av nya läkemedel och tillgång till kliniska studier. Inför beslut bör det säkerställas att barnkonventionen uppfylls med tanke på att barncancer inte har en egen strategi. Om barn inte nämns specifikt kan skrivningar och rekommendationer tolkas som att de gäller vuxenpopulationen. Det bör därför tydligt kommenteras när förslag gäller både barn och vuxna.

Patient- och närståendeperspektivet skulle behöva genomsyra strategin i högre grad än i förslaget, det gäller inte minst avsnitten om tillgänglighet.

Utvecklingsinsatser kopplade till kunskapsstyrning inom cancerområdet bör ske integrerat med övrig utveckling av kunskapsstyrning såväl inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning som den statliga kunskapsstyrningen. Cancerområdet har varit föregångare för initiativ kopplat till kunskapsstyrning inom övriga sjukdomsområden. SKR vill betona vikten av att kunskapsstyrning inom cancerområdet inte utvecklas i ett eget utvecklingsspår.

Strategin är inte jämställdhetsintegrerad, jämställdhetsperspektivet saknas trots att strategin berör flickor, pojkar, kvinnor och män. Data presenteras könsuppdelad men tas inte tillvara och analyser saknas. För att säkerställa att strategin är rättvis och inkluderande, är det avgörande att integrera jämställdhetsaspekter i alla delar av planen. Att utredningen har valt jämlikhet som ett tvärgående målområde är problematiskt då det innebär att de specifika utmaningar och ojämlikheter som är kopplade till kön inte synliggörs. Andra faktorer, som funktionsnedsättning, ålder, socioekonomi, sexuell läggning, könsidentitet och etnisk tillhörighet, samverkar med människors kön och påverkar deras hälsa och vilken vård de får. Och användandet av begreppet jämlik i strategin är frekvent men omfattar huvudsakligen socioekonomi och geografi, etnicitet lyfts i ringa omfattning. Strategin saknar i stort kopplingen mellan kön och andra relevanta faktorer. Funktionsnedsättning berörs knappt och personerna är könlösa. Nationella minoriteter saknar kön och homo- bisexuella kvinnor och män nämns överhuvudtaget inte.

SKR instämmer att jämlikhet behöver genomsyra hela strategin. Det finns dock en risk om det blir för allmänt hållet och att det blir otydligt för relevanta aktörer och verksamheter vad det är som förväntas ska göras.

SKR instämmer också att jämställdhetsperspektivet, alla åldrar och de olika åldersgruppernas särskilda behov samt särskilda behov hos olika befolkningsgrupper ska beaktas. SKR anser att detta inte görs i strategin.

Primärvårdens roll förväntas öka eftersom de i bästa fall är förebyggande, ofta upptäcker cancer och är del av eftervården och uppföljningen av cancerpatienterna. Det saknas ett resonemang om vilka undanträngningseffekter det kan få avseende annan vård och vilka prioriteringar som kommer att behöva göras för vad som kan hanteras inom primärvården. Socialstyrelsens nationella riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården om 1100 invånare per specialist behöver beaktas.

Kapitel 2 Mål och uppföljning

SKR har inget att erinra mot i de föreslagna målen och delmålen. Det finns dock en risk att mängden delmål kan bli svåra att följa på ett ändamålsenligt sätt.

Om jämlikhet och folkhälsoarbete är delmål som ska genomsyra genomförandet av strategin krävs resurser. Det är viktigt med mål men mål behöver matchas med resurser och kapacitet.

2.1.1 Minskad risk att utveckla cancer

SKR önskar förtydligande om hur den nationella nivån ska intensifiera och förflytta fokus på vård och behandling till mer hälsofrämjande och förebyggande insatser. SKR är positivt men efterfrågar konkretisering av vilka resurser som ska finnas tillgängliga för utökade statliga satsningar.

2.2 Uppföljning och utvärdering av strategin

SKR framhåller behovet av att ett uppföljningsramverk samordnas med folkhälsopolitiken och arbetet med icke-smittsamma sjukdomar och levnadsvanor.

Kapitel 3 Förebygga cancer

SKR ser mycket positivt på att det hälsofrämjande och förebyggande arbetet har ett så tydligt fokus i strategin. SKR vill också poängtera att allt utredaren skriver om hälsofrämjande och förebyggande insatser är viktigt oavsett cancerdiagnos eller inte.

Enligt förslaget ska jämlikhet och folkhälsoarbete vara grundläggande förutsättningar som ska genomsyra strategin. Här ser dock SKR att det

saknas en problematisering och en tydlighet vad gäller tillskott av resurser och kapacitet för hur detta ska åstadkommas.

SKR framhåller att folkhälsopolitik och jämlikhet är grundläggande utgångspunkter och förutsättningar för strategins framgång och effekt. Trots detta har förslaget till en uppdaterad cancerstrategi resulterat i en statlig strategi som syftar till att stärka den statliga styrningen. Utredaren bortser från såväl regioners och kommunernas roll och ansvar, som behovet av att statens ambitioner behöver samspela med styrningen på lokal och regional nivå. Om denna cancerstrategi ska bidra till en bättre folkhälsa och till att sluta klyftorna mellan olika grupper i befolkningen måste kommuner och regioners roll på ett tydligare sätt adresseras.

Det föreslås att Folkhälsomyndigheten får ett tydligare uppdrag och en samverkansfunktion i att satsa på en god och jämlik hälsa. För att undvika parallella strukturer vill SKR här se ett förtydligande av kommuner och regioners roll.

3.4 Det finns bekymrande trender i förekomsten av risk- och skyddsfaktorer

SKR framhåller att behovet av såväl hälsofrämjande arbete för goda matvanor och hållbara matmiljöer som alkoholförebyggande arbete, är stort och viktigt

3.5.1 Förändringar i Folkhälsomyndighetens instruktion kan tydliggöra ansvar och mandat

Utredningen föreslår att Folkhälsomyndigheten ska inrätta en funktion för samverkan kring strategisk planering, prioritering och koordinering av det hälsofrämjande och förebyggande arbetet som gäller icke-smittsamma sjukdomar. Det finns en uppenbar risk för att det bildas ytterligare ett parallellt spår till Folkhälsomyndighetens befintliga samordnings- och samverkansuppdrag, till bland annat kunskapsstyrningen.

SKR reagerar på skrivningen om att ”peka ut prioriteringar”. Kommuner och regioner är inte passiva mottagare som staten bör peka på. Däremot är det positivt att staten erbjuder stöd och rekommenderar insatser och metoder anpassade till lokal och regional nivå. Det är också positivt att staten samordnar arbetet för att underlätta för kommuner och regioner att hantera myndigheters ibland överlappande uppdrag. SKR framhåller att kommunikation från staten till kommuner och regioner måste gå i båda riktningar.

Kapitel 4 Screening och kontrollprogram vid ökad cancerrisk

SKR understryker vikten av att framtagande av vårdprogram, kontrollprogram och andra stöddokument ska följa strukturen för kunskapsstyrningen så att det blir en tydlig förankring och implementering. Lämpligen publiceras dessa på 1177 plattformen.

Kapitel 5 Personcentrering

Personcentrering är ett etiskt förhållningssätt som tar hänsyn till hela människan – inte ett smalt fokus på sjukdom eller symptom, utan personens förmågor, vilja, hälsa, välbefinnande, sociala och kulturella sammanhang är också viktiga delar. Personcentrering innebär att utgå från den unika personens förmågor, behov och förutsättningar i alla delar av vård- och omsorgsprocessen.

Även om personcentrering handlar om att vården ska se och förhålla sig till det unika i varje individuell vårdtagares situation är det viktigt att ha kunskap om olika gruppers livsvillkor. Exempelvis vilka stereotypa föreställningar det finns om respektive grupp, utifrån kön och funktionsnedsättning till exempel, och om det finns risk för diskriminering. En individ får inte utan vidare göras till typisk för sin grupp - oavsett om det handlar om exempelvis kön, ålder, etnicitet och/eller socioekonomi. Men kunskap om gruppens livsvillkor leder till en mer genuin personcentrering. Sådan kunskap kan både möjliggöra att hänsyn tas till gruppsspecifika sårbarheter/riskökningar och styrkor och samtidigt bidra till att stereotypa föreställningar känns igen som just föreställningar och inte ställer sig i vägen för att möta den unika individen i en överenskommelse om hur vården ska samskapas.

SKR ser cancerområdet som en del av transformationen mot en Nära Vård. Med en åldrande befolkning är det viktigt med en samordning av stöddokument för patient och närstående då samsjuklighet hos befolkningen ökar.

5.5.1 Förstärkt patientdelaktighet och patientmedverkan

SKR instämmer i att Cancercentrum bör arbeta för att patientrapporterade utfallsmått integreras i den kliniska verksamheten i format som säkrar utvärdering.

SKR instämmer vidare i att arbetssättet kring kliniskt beslutsfattande baserat på patientrapporterade mått behöver utvecklas, men menar att utredningens rekommendation att implementering av Patient Reported

Outcome Measures (PROM) ska ske i form av kliniska studier är alltför snäv.

SKR instämmer också i att förbundet i samverkan med Cancercentrum bör utveckla den nationella patientenkäten för patienter inom Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) till att även innefatta behandling och uppföljning.

Patientrapporterade mått bör användas både för individuell vård och uppföljning (PROM) och på gruppnivå för verksamhetsutveckling Patient Reported Experience Measures (PREM) och PROM, och inte begränsas till de patienter som följs upp inom SVF. Det finns även andra sätt att fånga patientens perspektiv till exempel med kvalitativa intervjuer.

SKR bejaktar utredningen förslag om att regionernas arbete med patientmedverkan behöver tydliggöra syfte, arbetssätt och mål. Som ett led i arbetet bör patientråd eller motsvarande etableras.

Närståendeperspektivet behöver inkluderas tydligare. I uppföljningen av Nära vård 2023–2024 ser vi dock att en klar förbättring skett. Patienter och närstående bör vidare aktivt medverka både i vårdutveckling, kunskapsstyrning, och forskning.

Kontaktsjuksköterskan som också är en fast vårdkontakt har en central roll i en personcentrerad vård.

SKR anser att Min vårdplan redan uppfyller förslaget i utredningen om att utveckla den till en behandlings- och uppföljningsplan. För att implementera planen för hela vårdprocessen behövs infrastruktur, organisatoriska och juridiska förutsättningar som möjliggör det. Fler aktörer än cancervården behöver involveras, framför allt primärvården.

Kapitel 6 Tillgänglighet

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) har inneburit en tydlig utredningsväg för patienter med grundad misstanke om cancer. Sedan införandet har behovet av en mera individuell utredning införts. För att undvika att annan vård inte trängs undan av för liberal hantering av SVF anser därför SKR att SVF bör utvärderas på strategisk nivå som ett första steg innan detaljspecifika lösningar föreslås. Den nödvändiga utvärderingen av SVF har inte gjorts efter införandet.

6.1.1 Väntetider ur ett patientperspektiv

I förslagen och bedömningarna saknas patienternas perspektiv och upplevelse. För att patienten ska känna sig trygg behöver det klargöras hur en optimal vårdprocess ser ut.

6.6.1 En förenklad väntetidsmodell för SVF bör utvecklas till att innefatta hela vårdprocessen, inklusive standardutredning vid misstanke om återfall i sjukdomen.

SKR ser positivt på förslaget att en förenklad modell för SVF ska ge en överblick på hela vårdkedjan. Men vårdprocessen efter behandlingsstart är komplex och bör därför anpassas individuellt snarare än standardiserat. För vårdprocessen finns redan vårdprogram och Min vårdplan som stöd. En standardiserad tidsättning är kanske inte alltid lämplig här ur ett medicinskt perspektiv, men kan underlätta för patienterna att göra hela processen mer överskådlig och lättförståelig. Även om SKR också ser positivt på inkluderingen av recidiv, vill förbundet påpeka att det kan innebära en ökad administrativ börda, särskilt när det gäller kodning och registrering. Därför krävs en analys av förslaget initialt för hur en bra lösning ser ut.

SKR instämmer i att arbetssätten kopplade till SVF behöver utvecklas och ser det som ett positivt steg mot att säkerställa jämlik tillgång till behandling. Exakta ledtider bör dock hanteras i andra former för att kunna vara mer flexibla och kunna möta utvecklingen inom cancervården. Ambitionsnivån bör vara hög för att korta väntetiderna.

SKR ställer sig tveksamma till förslaget om att etablera en generisk modell för de diagnoser som inte ingår i SVF. SKR anser att varje cancerform kräver sin specifika utredningsväg. Dessutom varierar välgrundad misstanke stort mellan akuta tillstånd och mer lågmaligna långsamväxande tumörer.

SKR ställer sig positiva till en harmonisering till ett fåtal alternativ för olika SVF, men ser inte syftet med utfasning av delledtiderna. Det finns i nuvarande uppföljning inget obligatoriskt krav på att följa dem eller mäta dem. Men de fyller en funktion som gör det möjligt för regionerna att identifiera problem i flödet och flaskhalsar för att kunna göra åtgärder och förbättringar.

SKR instämmer i att målsättningen bör vara att 80 procent av patienter som diagnostiseras med cancer ska få en behandlingsrekommendation inom den definierade ledtiden i SVF.

Det föreslås att en målsättning bör vara 80 procent av patienter som diagnostiseras med cancer och rekommenderas att behandling startar inom 21 kalenderdagar. SKR är tveksamma till förslaget. Exakta ledtider och dagar inom SVF bör inte primärt vara en del av en långsiktig cancerstrategi, där bör de övergripande målen beskrivas.

Exakta ledtider bör hanteras i andra former för att kunna vara mer flexibla och kunna möta utvecklingen inom cancervården. Ambitionsnivån bör dock vara hög för att korta väntetiderna

Frågan om hur man ska utforma eventuell prestationsersättning utifrån väntetider behöver utredas vidare.

SKR ställer sig positiva till att Cancercentrum (RCC i samverkan) får uppdraget att i samråd med Socialstyrelsen, omformulera SVF i enlighet med utredningens bedömningar ovan. SKR vill dock poängtera att arbetet liksom tidigare bör göras tillsammans med respektive vårdprogramgrupp för att professionens kunskap och engagemang ska bibehållas. Kostnadsförslaget som finns i kapitel 14 förutsätter att det finns en bakomliggande organisation för SVF-arbetet och är därför inte realistisk. En genomlysning och omformulering av alla SVF kommer innebära möten med samtliga vårdprogramgrupper, uppdatering av samtliga dokument inklusive stöd till primärvården och kodningsvägledningar.

6.6.2 Insatser för att stärka tillgängligheten i cancervården

I december förra året fick Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp väntetider inklusive ledtider som SVF, som i dagens insamling i Väntetidsdatabasen som förvaltas av SKR. Första april i år förväntas en sådan uppföljning vara på plats. Oavsett vilken aktör som ansvarar för uppföljningen av väntetider är snabb återkoppling av data regionalt och sjukvårdsregionalt av största vikt för att kunna arbeta med det fortlöpande förbättringsarbetet. Inhämtandet av data ska liksom i dag ske automatiserat för att minska regionernas administrativa börda och kunna fånga vårdövergångar inom och mellan regioner på ett tillförlitligt sätt.

I förslaget rekommenderas regeringen att omdirigera statsbidragen för SVF till måloppfyllelse avseende ledtiden från behandlingsbeslut till behandlingsstart. SKR anser att en generell problematik med prestation på ledtider är hur de ska fördelas när diagnos och behandling sätts och ges i olika regioner det vill säga all vård som går över regiongränser. Med en prestationsbaserad ersättning på väntetider riskeras att regioner med störst behov får mindre eller helt går miste om ersättning. Ersättning för processororienterat arbete, för att göra analyser och uppföljningar vore därför att föredra då det kan ge störst effekter på hela systemet.

Kapitel 7 Diagnostik och behandling

SKR ser positivt på det ökade fokuset på nationell standardisering inom radiologi och patologi. Beskrivningen av utredningens bedömning (under rubrik Nationella standarder för undersökningar och svar inom bild och funktionsmedicin samt patologi) är för smal och fokuserar i för hög grad på standardisering av ledtider. Avsnittet borde breddas och inkludera arbetet med viktiga standarder såsom gemensamt kodverk, standardiserade svar/svarsmallar, gemensam metodbok inom imaging samt gemensamma utskärningsanvisningar/manualer för patologi. SKR ser med fördel att nationellt programområde för medicinsk diagnostik inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård involveras i nationella initiativ från staten. Det nationella programområdet arbetar redan med insatser kopplade till bland annat kodverk inom bild- och funktionsmedicin. Därför önskar SKR att regionernas nationella system för kunskapsstyrning bör ses som en naturlig samarbetspart i införandet av nationella standarder inom området.

Avsnittet om läkemedel och processer för introduktion av läkemedel innehåller ett antal felaktigheter och otydliga och/eller bristfälliga beskrivningar. En övergripande utmaning med mottagandet av nya läkemedel generellt och även för cancerläkemedel, som överhuvudtaget inte nämns tydligt, är hur företagen väljer att prissätta sina läkemedel. 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.

Ett av förslagen är en översyn av läkemedelssystemet ”för en modern och effektiv läkemedelsprocess som beaktar nya finansieringsmodeller och möjlighet till program för tidig tillgång”. SKR ser också behov av förändringar på läkemedelsområdet men bedömer inte att det skulle finnas något särskilt behov rörande just cancerläkemedel. De utmaningar som finns kring läkemedel gäller i stor utsträckning generellt. SKR har flera politiska uppdrag på läkemedelsområdet som bland annat gäller utveckling av avtalskonstruktioner och former för tidig tillgång till läkemedel. Statens överenskommelse med SKR om läkemedelsförmånerna 2025 innehåller angelägna utvecklingsområden till exempel nya former för delat ansvar och risk för särskilt utmanande men angelägna läkemedel. Vidare har regeringen aviserat en ny utredning kring finansieringen av läkemedel. Att parallellt med dessa pågående processer etablera ytterligare en översyn av läkemedelssystemet är inte rimligt eller önskvärt utan de pågående processerna bör istället prioriteras.

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. SKR menar att detta kunde ha beskrivits betydligt bättre, vilket kunde ha lett till andra slutsatser och förslag.

Kapitel 8 Precisionsmedicin

SKR ser positivt på att ett precisionsdiagnostiskt nätverk/samverkansstruktur för strategisk samverkan där alla regioner medverkar etableras. I dagsläget finns flera samverkansforum nationellt varför behov att skapa samordning samt undvika parallella strukturer är önskvärt. SKR vill framföra att ett sådant nätverk/samverkansstruktur bör tillsättas av regionerna och att staten endast kan uppmana regionerna att arbeta för att tillsätta en samverkansstruktur. Arbete pågår mellan universitetsregionerna och universitetens medicinska fakulteter på detta område. En modell för att lösa finansieringsfrågan är att utgå från den modell som används för vävnadsrådet.

Kapitel 9 Rehabilitering och uppföljning

9.7 Utredningens bedömningar och förslag

Utredningen föreslår en rad åtgärder och rekommendationer i syfte att förbättra rehabiliteringen vid cancer. Man gör ett antal bedömningar kring vad regionerna och kommunerna bör göra, men en svaghet är att det saknas konsekvensanalyser för vad dessa åtgärder och rekommendationer kan tänkas generera för kostnader hos regionerna och kommunerna.

SKR vill understryka att rehabilitering behöver inkluderas och vara en del av vårdens processer oavsett diagnos. SKR vill också poängtera att rehabilitering vid cancer bör följa den generiska modell (process) för rehabilitering som finns för andra sjukdomar inom ramen för kunskapsstyrningen, och där rehabiliteringsplanen är en central del.

SKR vill också understryka att bedömning av rehabiliteringsbehov måste ske tidigt i cancerförloppet, redan under utredningsfasen, för att vid behov kunna starta rehabiliteringen tidigt. Det är viktigt att i den första behovsbedömningen också bedöma om det finns psykiska eller fysiska rehabiliteringsbehov och vilken kompetens/profession som i så fall behövs. SKR vill poängtera att det är viktigt att använda befintliga strukturer för att säkerställa rätt kompetens i omhändertagandet.

Även bedömning av rehabiliteringsbehov kopplat till studier och arbete behövs tidigt i förloppet, och det är viktigt att både kvinnor och män får denna bedömning. Medicinsk och arbetslivsinriktad rehabilitering kan ofta ske parallellt. Här kan koordineringsinsatser fylla en viktig funktion, särskilt för unga kvinnor och män som ännu inte har kommit ut i arbetslivet.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att löpande följa upp användning av rehabiliteringsinsatser vid cancer. SKR vill understryka att det är lika viktigt att följa upp bedömningen av rehabiliteringsbehov och upprättandet av rehabiliteringsplan.

Utredningen föreslår också etablering av ett femårigt försöksprogram med multidisciplinära och multiprofessionella uppföljningsmottagningar. SKR ställer sig tveksamma till förslaget. Det finns risk för att en sådan satsning resulterar i undanträngning, att resurser urholkas inom primärvården och att vårdens struktur fragmenteras ytterligare.

Kapitel 10 Palliativ vård

SKR ställer sig positiv till att utredningen lyfter många konkreta förslag och utvecklingsområden för en mer jämlik, högkvalitativ och resurseffektiv palliativ vård.

10.11.1 En stärkt och jämlik palliativ vård vid livshotande sjukdom

SKR stödjer utredningens bedömningar men föreslår följande tillägg/förtydliganden:

- Förtydliga att följsamheten till kunskapsstöd för palliativ vård behöver öka inte bara i regionerna utan oavsett var patienten vårdas och oavsett om patienten är barn eller vuxen.
- Förtydliga att en definierad struktur och tydliga riktlinjer för omhändertagande av barn med palliativa vårdbehov och deras familjer förutsätter att rutiner och samarbetsavtal upprättas mellan region, samtliga kommuner inom regionen och andra vårdgivare. Barn bör ha samma möjligheter som vuxna till palliativ vård både på sjukhus och i hemmet.

Bedömningen att alla regioner bör säkerställa tillgång till palliativa konsultteam dygnet runt veckans alla dagar, palliativ vård- eller åtgärdsplatser och möjlighet till tidig integrering av palliativ vård är positiv för patienter med palliativa vårdbehov. Att åstadkomma det kräver betydande resurser och andra arbetssätt än idag i många regioner. SKR förutsätter därför att finansieringsprincipen aktiveras.

SKR instämmer i att en översyn av kunskapsstyrningen inom det palliativa området behövs, men stödjer inte utredningens förslag att Regeringen ska ge Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i uppdrag att göra den översynen. SKR menar att utredningen bör ske inom ramen för regionernas kunskapsstyrningsorganisation, inkluderat utredning av behov av ett palliativt kunskapscentrum. Ett sådant översynsarbete är påbörjat.

10.11.2 Förstärkt kompetens genom regelbunden fortbildning i palliativt förhållningssätt

SKR samtycker till utredningens bedömningar, men föreslår följande tillägg/förtydliganden:

- Att regioner och kommuner bör säkerställa att personal erbjuds regelbunden fortbildning i palliativt förhållningssätt bör inte begränsas till cancervården utan erbjudas all personal som möter patienter med palliativa vårdbehov, oavsett diagnos. Även primärvård även regional och kommunal primärvård bör inkluderas, liksom alla vårdgivare.
- Bedömningen att alla regioner och kommuner bör säkerställa att all personal i den palliativa vården har tillgång till regelbunden fortbildning och möjlighet till reflektion/handledning föreslås omformuleras till att ”Alla vårdgivare bör säkerställa att all personal som vårdar patienter med palliativa vårdbehov har tillgång till regelbunden fortbildning och möjlighet till reflektion/handledning.”
- Undervisning i palliativ vård bör ingå i specialistutbildningar för läkare och sjuksköterskor.
- Patient och närståendes kunskap om palliativ vård behöver förbättras och komma in tidigt i vårdprocessen.
- Viktigt att ytterligare stärka barnperspektivet inom den palliativa vården. Ett sätt att göra detta är att tillskapa ett pediatrikt palliativt kompetenscentrum kopplat till universitetssjukhusens barnavdelningar.

Kapitel 11 Forskning

11.5.3 God och jämlik tillgång till interventionsstudier samt stärkt roll för forskningsinriktade terapikluster

SKR anser att konkretisering av förslag gällande kliniska prövningar bör invänta Läkemedelsverkets regeringsuppdrag om etablering av ett nationellt partnerskap, benämnt SweTrial. SKR vill betona vikten av att

kliniska studier och kliniska prövningar kan bedrivas i hela landet och att såväl små som stora regioner behöver vara delaktiga när strukturer etableras.

Kapitel 12 Ansvarsfördelning och strukturer för samverkan

SKR stödjer förslaget på en bred och genomgående samverkan med alla involverade aktörer. Viktigt att organisationen är underordnad processen och att organisationen stödjer såväl delar som helhet. För framtiden behöver ett tydligt ledarskap för att styra, utvärdera och följa upp cancervården stödjäs.

SKR instämmer vidare i utredningens bedömning om behovet av en tydligare ansvarsfördelning och stärkt samverkan inom cancervården för att uppnå strategins mål. För att inte bromsa utvecklingen bör denna samverkan bygga vidare på redan existerande strukturer.

Utifrån hur cancervården är organiserad idag, med 21 regioner och ett växande antal Comprehensive cancer center (CCC), är det viktigt att "cancercentrum" inte likställs med en organisatorisk enhetlig modell. Organisation av svensk cancervård kommer, menar SKR, behöva förändras utifrån förutsättningarna och det vore olyckligt om strategin låser sig vid en viss organisatorisk modell. RCC i samverkans erfarenhet är att samverkan gynnas av flexibilitet i organisationen.

För att Sveriges samverkan med EU ska fungera väl är det dock viktigt att det tydliggörs hur den svenska modellen korresponderar mot den infrastruktur som beskrivs i den europeiska cancerplanen

Kapitel 13 Kunskapsstyrning

SKR:s vill föra fram vikten av att kunskapsstyrningsarbete inom cancerområdet sker nära integrerat med pågående kunskapsstyrningsarbete inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård i syfte att möjliggöra en sammanhållen helhet och underlätta samarbeten mellan olika terapiområden.

Regioner i samverkan har, med stöd av SKR, sedan år 2018 etablerat ett nationellt system för kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården. Att arbeta tillsammans med kunskapsstyrning är en del av en samlad strategi för att möta de utmaningar hälso- och sjukvården står inför och ett viktigt instrument för att jobba för en god och nära vård. Inom nationellt system för kunskapsstyrning finns 26 nationella programområden (NPO) varav ett är NPO cancersjukdomar. Vårdskapet för NPO cancer finns på SKR. NPO

cancersjukdomar samverkar nära med andra NPO eftersom cancerområdet berör arbetet i många andra NPO såsom exempelvis NPO hudsjukdomar och det Nationella primärvårdsrådet.

13.3 Utredningens bedömningar och förslag

SKR vill framföra vikten av att kunskapsstöd inom ramen för cancerområdet bör utarbetas och förvaltas utifrån samma principer vad avser processer och rutiner som övriga kliniska kunskapsstöd som tillgängliggörs via 1177 för vårdpersonal och som utarbetas inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Utvärderingen föreslår att Cancercentrum bör utvärdera vårdprogramprocessen. SKR vill framföra vikten av att kunskapsstöd inom ramen för cancerområdet bör utarbetas och förvaltas utifrån samma principer vad avser processer och rutiner som övriga kliniska kunskapsstöd som tillgängliggörs via 1177 för vårdpersonal och som utarbetas inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning. SKR ser positivt på en genomlysning av den cancerspecifika vårdprogramprocessen. SKR vill dock framföra att en sådan genomlysning bör ske i samverkan med regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Utvärderingen föreslår att Socialstyrelsen i samverkan med Cancercentrum ges i uppdrag att lämna förslag på en process för att ge stöd för horisontella prioriteringar i vårdprogram. SKR ser positivt på att sådana processer utarbetas. SKR vill framföra att ett sådant arbete inte bör ske specifikt för cancerområdet utan att fokus är stöd för horisontella prioriteringar inom hela hälso- och sjukvården. Vidare vill SKR framföra att ett sådant arbete bör ske i nära samarbete med regionerna utifrån att det är regionernas som är ansvariga för vårdens prioriteringar. SKR föreslår att även Prioriteringscentrum involveras. SKR anser att "Förslag till modell för horisontell prioritering inom hälso- och sjukvård: Rapport från Nationell expertgrupp för horisontella prioriteringar" som tagits fram inom ramen för regionernas och sex av myndigheterna i Rådet för styrning med kunskap partnerskap för stöd till kunskapsstyrning tillsammans med Prioriteringscentrum bör vara utgångspunkt.

Kapitel 14 Konsekvenser och utredningens förslag

En generell synpunkt är att det saknas ekonomiska konsekvensanalyser för utredningens olika förslag. Om förslagen ska tas vidare måste grundliga analyser tas fram för att ge en realistisk kostnadsbild. Det är också en förutsättning för ersättning via det generella statsbidraget. Nedan ges ett par exempel där analyserna behöver utvecklas.

14.8 Ekonomiska konsekvenser för precisionsmedicin

För att stimulera introduktion av breda paneler för biomarköranalys rekommenderas att försöksprogrammet ersätter halva analyskostnaden så att antalet analyser kan fördubblas till samma kostnad. Utgångsläget är då att kostnaderna för regionerna uppgår till 72 mnkr. Enligt utredningen kan den delen finansieras genom att regionerna ersätter andra traditionella analyser med dessa nya. Här menar SKR att risken är stor att utfasningen av de befintliga analyserna tar tid och att besparingen kommer långt senare eller till och med uteblir. Det kommer även krävas nya strukturer för uppföljning. Därför bör kostnaderna ersättas fullt ut.

14.9 Ekonomiska kostnader för rehabilitering och uppföljning

Kostnaderna för förslagen om utökad verksamhet för uppföljningsmottagningar uppskattas till 73 mnkr. Merparten lär belasta regionerna och ska enligt förslaget regleras i enlighet med finansieringsprincipen. Beräkningen baseras på kostnaderna i en region och är därför behäftad med stor osäkerhet. Om förslaget ska genomföras bör beräkningen verifieras med fler regioner.

Sveriges Kommuner och Regioner

Anders Henriksson
Ordförande