

2025-03-14

Gem 2024/0213

Till Socialdepartementet

Svar på remiss av Bättre tillsammans – Förslag till en uppdaterad nationell cancerstrategi (S2024/02100)

Sveriges läkarförbund har fått rubricerat betänkande på remiss och vill framföra följande synpunkter.

Sammanfattning

Cancerstrategin är ett sätt att få nationell överblick, styrning och samordning inom ett sjukdomsområde, vilket vi välkomnar. Det är angeläget att minska de regionala skillnaderna, öka jämlikheten och att utnyttja den medicinska utvecklingens möjligheter till förbättrad cancervård.

Förslaget till uppdaterad cancerstrategi föreslår i flera avseenden ambitionshöjningar inom cancerområdet, vilket reser frågan om horisontella prioriteringar och jämlikhet mellan patientgrupper. För att möjliggöra prioriteringar och för att uppnå effektivitet och jämlikhet i hela systemet är det viktigt att cancer inte blir alltför separerat från övriga vårdområden. Andra sjukdomsområden förtjänar motsvarande översyn.

Primärvårdens roll i den uppdaterade strategin förväntas öka vad gäller cancerprevention, tidig upptäckt och diagnostik, rehabilitering och palliativ vård. Primärvården föreslås även få ett tydligare samverkanskrav i framtida nationella och regionala cancerstrukturer. Om primärvården förväntas utföra fler uppgifter behövs dock motsvarande resursförstärkning, vilket inte adresseras tillräckligt i strategin.

Vi delar utredningens uppfattning att den kliniska forskningen behöver förstärkas och uppskattar utredningens tydliga fokus på att integrera forskning i den kliniska vardagen, både på sjukhus och i primärvården. Vi välkomnar särskilt att primärvård och tidig upptäckt lyfts som prioriterade forskningsområden. För att primärvården ska fungera krävs att den blir en attraktiv arbetsplats. Det behöver finnas karriärvägar för läkare som vill kombinera forskning och kliniskt arbete även i primärvården.

Ett flertal förslag i strategin förutsätter en fungerande kompetensförsörjning. För att åstadkomma det menar Läkarförbundet att staten behöver ta över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av samtliga delar i läkares utbildning (grundutbildning, allmäntjänstgöring (AT), bastjänstgöring (BT) samt specialiseringstjänstgöring (ST)).

Förslaget till uppdaterad cancerstrategi är omfattande. Ett kortare och mer strategiskt dokument skulle bli skarpare och tydligare kring vägen framåt.

Synpunkter på respektive kapitel

Kapitel 3 Förebygga cancer

Läkarförbundet ser positivt på förslagen kring preventiva åtgärder såsom ökad fysisk aktivitet i skolorna och mer frukt. Livsstilsfaktorer har stor betydelse för utvecklingen av många cancerformer.

Den nya cancerstrategin lyfter att primärvårdens roll förväntas öka, bland annat vad gäller cancerprevention. Här efterfrågar vi fler hälsoekonomiska analyser om var det är mest effektivt att denna prevention sker – inom sjukvården eller genom bredare samhällsinsatser?

Primärvården har idag inte tillräckligt med personal för att hantera det nuvarande uppdraget. Om primärvården ska kunna axla ett större ansvar för prevention och hälsofrämjande insatser krävs inte bara ekonomiska resurser för det utan också fler personalresurser. I strategin hänvisas till att pågående omställning till God och nära vård bör ge primärvården goda förutsättningar. Denna process går dock mycket långsamt framåt, och har enligt uppföljningar hittills inte lett till någon mätbar förbättring vad gäller till exempel läkarbemanning. Med ökade uppdrag behöver denna omställning dessutom säkerställa ytterligare resurser utöver det som idag ingår i planerna.

Läkarförbundet ifrågasätter vidare om kompetensutveckling i sig är den viktigaste lösningen för att förbättra primärvårdens hälsofrämjande arbete. Det som saknas är framför allt personalresurser samt evidens för långsiktigt effektiva metoder, snarare än att personalen behöver utbildas. Det är viktigt att strategin klargör hur primärvårdens roll ska balanseras mot andra vårdbehov och att insatserna förankras i tillräcklig evidens och med resurser som motsvarar uppdraget.

Kapitel 5 Personcentrering

En grundläggande förutsättning för att kunna uppnå ökad personcentrering är tillräckliga personalresurser. Med läkarbrist inom bland annat primärvården, onkologin, patologin och radiologin saknas dessa förutsättningar. Att satsa på ökade personalresurser skulle inte bara förbättra vården för patienter med cancer utan även gynna andra patientgrupper genom att öka tillgängligheten, kontinuiteten och kvaliteten i hela vårdkedjan.

För att säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare anser Läkarförbundet att staten genom Socialstyrelsen ska ansvara för dimensioneringen och samordningen av samtliga delar i läkares utbildning (grundutbildning, allmäntjänstgöring (AT), bastjänstgöring (BT) samt specialiseringstjänstgöring (ST)). Staten bör även ställa krav på specialistläkares fortbildning.

Kapitel 6 Tillgänglighet

Insatser för att förbättra tillgängligheten behöver inriktas mot de bakomliggande orsakerna. Sverige har för låg vårdkapacitet idag, med vårdplatsbrist inom den specialiserade vården och en underdimensionerad primärvård. Bristen på kontinuitet, inte minst bristen på fast läkare i primärvården, försämrar också tillgängligheten till all vård. Satsningar på mer personalresurser, en fungerande kompetensförsörjning samt ändrade arbetssätt, till exempel genom påskyndad omställning till en god och nära vård, skulle förbättra tillgängligheten för såväl cancerpatienter som andra patientgrupper.

Utredningen föreslår uppdateringar av de standardiserade vårdförloppen (SVF) i syfte att öka förutsägbarheten, betona en maximal tid från behandlingsbeslut till start av behandling, inkludera patienter med misstanke om återfall i sjukdomen och minska den administrativa bördan.

Läkarförbundet ställer sig positiva till att misstanke om återfall inkluderas i förloppen och till intentionen att minska den administrativa bördan. Samtidigt finns det risker med att fokusera alltför starkt på tiden mellan diagnos och behandlingsstart. Om cancerdiagnostiken i större utsträckning förläggs till primärvården, med sina långa väntetider och bristande resurser, riskerar tiden till diagnos att förlängas, utan att detta ens noteras i uppföljningen.

Vi är därför kritiska till förslaget att omdirigera den prestationsbaserade ersättningen från inklusion till måluppfyllelse av den definierade väntetiden. Prestationsbaserad ersättning kopplad till utfallsmått i stället för processmått skapar starka incitament som kan öka risken för undanträngning och felaktig resursallokering. Givet att det även råder osäkerhet kring vilken inklusionsgrad som är optimal förespråkar vi icke prestationsbaserade medel.

Vi vill också påminna om intentionen bakom införandet av SVF. Som utredningen beskriver infördes SVF i syfte att reducera onödig, icke-medicinskt grundad väntetid och för att åstadkomma mer sammanhållna och likvärdiga vårdprocesser. Det gäller för patienter vars behov är relativt likartade och förutsägbara, där standardiserade flöden därför är effektivt. I andra fall kan det i stället vara mer ändamålsenligt att utreda en patient mer individanpassat, utanför SVF.

Frågan om en generisk SVF bör därmed analyseras utifrån hur patienternas behov bäst omhändertas och inte främst utifrån viljan att SVF ska fungera som en vårdgaranti, där alla får samma fördefinierade ledtider. I sammanhanget vill vi påpeka att en jämlik vård innebär olika vårdinsatser och ledtider för olika patienter i de fall behoven skiljer sig åt. Det är skillnader som inte kan förklaras eller motiveras av skillnader i behov som gör vården ojämlik. Generellt efterlyser vi mer analys i den uppdaterade strategin av effekter på olika patientgrupper och möjliga undanträngningseffekter på grupper som inte passar in i standardiserade flöden.

Kapitel 7 Diagnos och behandling

Läkarförbundet ser positivt på att principen om "kloka kliniska val" beaktas även i fråga om cancerdiagnostik och behandling. Vidare instämmer vi i att det finns en betydande potential att utveckla diagnostiken inom primärvården genom ett symtomdrivet arbetssätt. Samtidigt vill vi lyfta fram de betydande hinder som föreligger och som även beskrivs i utredningen, såsom resursbrist, icke-kompatibla e-hälsosystem och bristande kontinuitet.

Läkarförbundet delar uppfattningen att det behövs en nationell strategisk handlingsplan för strålbehandling.

Kapitel 7.10 Läkemedelsprocessen ur ett cancerperspektiv

Beskrivningen av hur läkemedel introduceras i svensk sjukvård är delvis ofullständig. Till exempel saknas en beskrivning av de allt vanligare trepartsöverläggningarna mellan regioner, företag och TLV. Utredningen uppger att regionernas läkemedelskommittéer utfärdar rekommendationer, men dessa berör i första hand basläkemedel, sällan nyintroducerade cancerläkemedel. Utredningen kritiserar avsaknaden av en nationell process för prissättning, men missar att det inom ramen för ordnat införande ofta sker nationella förhandlingar som leder till nationella avtal. Skillnaden i regionalt införande beror då inte på prissättningen utan på att man helt enkelt väljer olika behandlingsalternativ. När utredningen kritiserar TLV:s handläggningstider bortses från att en del av tidsåtgången mellan godkännande och subventionsbeslut ligger i företagets händer, till exempel genom att de inte ansöker om förmån omedelbart efter godkännande.

Utredningen föreslår att regeringen ska tillsätta en utredning för att göra en översyn av Sveriges system för utvärdering och införande av nya läkemedel. Läkarförbundet delar uppfattningen att den svenska processen för utvärdering och införande av nya läkemedel är komplex, men en eventuell översyn bör ske utifrån en mer komplett beskrivning av dagens process.

Kapitel 8 Precisionsmedicin

Resurseffektivitet och kostnadseffektivitet måste vara vägledande i implementeringsarbetet av precisionsmedicin. Det är särskilt viktigt mot bakgrund av att ett oflekterat införande riskerar leda till ojämlikhet och undanträngning i andra delar av sjukvården eller till att resurser tas från andra prioriterade patientgrupper. Sådan resursbrist i primärvården kan till och med leda till att den initiala diagnostiken försenas, med i slutändan sämre överlevnadschanser även för cancerpatienterna, trots precisionsdiagnostik och avancerade behandlingar.

Kapitel 9 Rehabilitering

Om primärvården förväntas ta ett större ansvar för denna patientgrupp, anser vi att det krävs både ekonomiska och personella resurser – inte enbart kompetensutveckling. Vi ifrågasätter förslaget om uppföljningsmottagningar med inslag av primärvårdskompetens. Det är oklart om utredningen avser att skapa en ny vårdnivå mellan primärvård och specialistvård. Vi ser en risk att detta kan leda till att resurser urholkas inom primärvården, att patienter faller mellan stolarna och att vården fragmenteras ytterligare.

Kapitel 11 Forskning

Vi delar utredningens bild av det komplicerade läget för den kliniska forskningen och behovet av att stärka denna, samt välkomnar att primärvård och tidig upptäckt lyfts som prioriterade forskningsområden. Förbundet tillstyrker förslaget om att etablera ett samordnat program för interventionsstudier. Vi instämmer även i behovet av en nationell hälsodatainfrastruktur för att underlätta forskning.

Läkarförbundet instämmer i utredningens konstaterande att regionernas ansvar i en modern hälso- och sjukvård behöver vara aktivt medverkande och drivande i forskningsprocessen, till exempel vad gäller kliniska studier. För att nå dit och för att forskningen inte ska trängas undan av sjukvårdsproduktion krävs dock ytterligare insatser. En undersökning från 2022 visar att nästan var tredje läkare med forskning inskriven i sitt anställningsavtal inte kan kombinera klinisk tjänstgöring med forskning i den utsträckning som utlovats, och att tiden för forskning ofta dras in på grund av bemanningsproblem i vården (se [Forskande läkares villkor, 2022](#)).

En första åtgärd för att stärka den kliniska forskningen bör vara att förtydliga regionernas ansvar för forskning i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Det behöver resultera i att regionerna förbättrar bemanningen i verksamheterna så att tid för forskning inryms utan att patienter och kollegor drabbas negativt. På verksamhetsnivå kan man överväga mål om att en viss del av budgeten ska användas för att bedriva forskning och utveckling, inom den egna verksamheten och/eller genom samarbeten.

Vidare skulle alla regioner behöva erbjuda tjänster där forskning bedrivs inom ramen för en anställning, tex forskar-AT, forskar-BT, forskar-ST för utbildningsläkare och MD/PhD-program för läkarstudenter. För att ytterligare stärka den kliniska forskningen skulle det inom lämpliga verksamheter kunna skapas post doc-anställningar som kombinerar forskning och kliniskt arbete som en fortsatt karriärväg efter disputation.

Kapitel 12 Ansvarsfördelning och samverkan inom cancervården

Vi instämmer i utredningens bedömning om behovet av en tydligare ansvarsfördelning och stärkt samverkan inom cancervården för att uppnå strategins mål. Vi välkomnar särskilt betoningen på samarbete mellan primärvård, kommunal vård och högspecialiserad vård.

Vi delar även utredningens uppfattning om risken för parallella strukturer och dubbelarbete om Regionala Cancercentrum (RCC) och Comprehensive Cancer Centers (CCC) utvecklas separat. En integrering i form av samlade cancercentrum är en mer effektiv väg framåt. Samtidigt vill vi understryka risken med att Comprehensive Cancer Infrastructures (CCI) i huvudsak förläggs till universitetssjukhus. En sådan koncentration av resurser och forskning kan riskera att marginalisera primärvårdens roll i tidig upptäckt, rehabilitering och palliativ vård. Det är avgörande att primärvården ges en aktiv roll i både forskning och kliniska studier inom ramen för CCI, för att säkerställa en jämlik och tillgänglig cancervård i hela landet. Detta är en nyckelfaktor för att cancerstrategins inriktning på god och nära vård ska genomsyra hela vårdkedjan, från tidig upptäckt till rehabilitering och livets slutskede.

Med vänlig hälsning

Sofia Rydgren Stale
Ordförande
Sveriges läkarförbund

Unni Mannerheim
Utredare
Politik och profession
Sveriges läkarförbund

unni.mannerheim@slf.se
076-050 15 79