



Bättre tillsammans - Remissvar till en uppdaterad nationell cancerstrategi

Svenska Distriktsläkarförbundet tackar för möjligheten att få lämna synpunkter på ”Bättre tillsammans – förslag på en nationell uppdaterad cancerstrategi”.

Sammanfattande synpunkter:

Den nya cancerstrategin lyfter att primärvårdens roll förväntas öka vad gäller cancerprevention, tidig upptäckt och diagnostik, rehabilitering och palliativ vård samt att primärvården ska få ett tydligare samverkanskrav i framtida nationella och regionala cancerstrukturer. Vi vill understryka de utmaningar som resursfördelning och implementering innebär. Primärvården riskerar att få fler uppgifter utan motsvarande resursförstärkning, vilket vi anser inte lyfts i tillräcklig utsträckning i strategin. Man hänvisar till att pågående omställning till God och nära vård bör ge goda förutsättningar, men verkar inte ha noterat att denna process går oerhört långsamt framåt, och hittills enligt uppföljningar hos Vård- och omsorgsanalys inte lett till någon mätbar förbättring till exempel gällande läkarbemanning. Med ökade uppdrag behöver denna omställning dessutom säkerställa ytterligare resurser utöver det som idag ingår i planerna och Socialstyrelsens riktvärde avseende läkarbemanning justeras nedåt.

Vi delar utredningens uppfattning om 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, där en allt större andel patienter får sin vård. Vi välkomnar särskilt att primärvård och tidig upptäckt lyfts som prioriterade forskningsområden. Vi uppskattar särskilt att man rekommenderar att stärka klinisk forskning och rekommenderar särskild satsning på primärvården. För att primärvården överhuvudtaget ska fungera krävs att den blir en attraktiv arbetsplats. Då behöver det bland annat finnas karriärvägar för läkare som vill kombinera forskning och kliniskt arbete i primärvården.

Nedan följer svar för respektive avsnitt.

Kapitel 3 (cancerprevention):

För att primärvården ska kunna axla ett större ansvar för prevention och hälsofrämjande insatser krävs inte bara ekonomiska resurser utan också fler personalresurser. Vi efterfrågar dock fler hälsoekonomiska analyser om var denna prevention egentligen bör ligga – är det ens ett uppdrag för sjukvården, eller är det mer lämpligt med bredare samhällsinsatser?

Primärvården har idag inte tillräckligt med personal för att hantera det nuvarande uppdraget, och en utökning av ansvaret förutsätter en omfördelning av arbetskraft inom vården som är större än vad som planeras inom den sk omställningen till nära vård och innebär att Socialstyrelsens riktvärde för listade patienter per läkare i primärvården också behöver justeras nedåt.

Vi ifrågasätter om kompetensutveckling i sig är den viktigaste lösningen för att förbättra primärvårdens hälsofrämjande arbete. Det är framför allt personalresurser samt evidens för långsiktigt effektiva metoder som saknas, 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 långsiktiga resurser.

Kapitel 4 (screening):

Se resonemang under kapitel 3 ang resurser. Vi anser att all screening behöver ske på särskilda enheter, inte i den reguljära vården. Dock är det önskvärt att den reguljära vården kan ta del av undersökningsresultat från screening för att undvika onödigt dubbelarbete.

Kapitel 5 (personcentrering):

För att uppnå ökad personcentrering krävs en riktad satsning på personalresurser. Med kraftig läkarbrist kommer vården aldrig kunna bli personcentrerad. En sådan satsning skulle inte bara förbättra vården för patienter med cancer utan även gynna andra patientgrupper genom att öka tillgängligheten och kvaliteten i hela vårdkedjan.

Kapitel 6 – Tillgänglighet:

Med fortsatt brist på fast läkare i primärvården kommer all vård vara svårtillgänglig. Att skapa nya vårdförlopp eller ändra inklusionskriterier för SVF kommer inte förändra detta.

Kapitel 7 – Diagnos och behandling:

Vi ser positivt på att principen om "kloka kliniska val" beaktas även i fråga om cancerdiagnostik och behandling. Vi instämmer 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, såsom resursbrist, icke-kompatibla e-hälsosystem och bristande kontinuitet.

Vi anser att beskrivningen av primärvårdens ökande roll i cancerdiagnostiken är rimlig, men vi ser stora risker med utredningens rekommendation att flytta fokus från inklusion i standardiserade vårdförlopp (SVF) till att enbart mäta 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.

Kapitel 8-Precisionsmedicin

Resurseffektivitet och kostnadseffektivitet måste vara vägledande i implementeringsarbetet av precisionsmedicin. Det är särskilt viktigt mot bakgrund att ett oreflekterat 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 sekundärvård. 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 10 - Palliativ vård

Vi instämmer i utredningens förslag och synpunkter.

Kapitel 11 – Forskning

Vi delar utredningens uppfattning att den kliniska forskningen behöver förstärkas och välkomnar särskilt att primärvård och tidig upptäckt lyfts som prioriterade forskningsområden.

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 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. Vi anser att 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.

Remissvar på kapitel 13 – Kunskapsstyrning

Vi vill åter påtala risken med att ett ensidigt fokus på CCC vid universitetssjukhus kan leda till att forskning om avancerad cancervård prioriteras på bekostnad av tidig upptäckt, diagnostik, rehabilitering och palliativ vård i primärvården.

För Svenska Distriktläkarföreningen

Ylva Sandström
Ordförande



**Svenska
Distriktläkar-
föreningen**