

Offentlig utfråging om svensk och europeisk
cancerstrategi

ISSN 1653-0942
ISBN 978-91-7915-056-3
Riksdagstryckeriet, Stockholm 2022

Förord

Socialutskottet anordnade den 2 juni 2022 en offentlig utfrågning i riksdagen om svensk och europeisk cancerstrategi. I det följande redovisas program, deltagare och uppteckningar från utfrågningen. De bilder som visades av föredragshållarna under deras presentationer redovisas i en bilaga.

Innehållsförteckning

Förord	3
Program och deltagare	5
Uppteckningar från den offentliga utfrågningen	7
<i>Bilaga</i>	
Presentationer	49

Program och deltagare

Offentlig utfrågning om svensk och europeisk cancerstrategi

Torsdagen den 2 juni 2022 kl. 9.00–12.00

Riksdagens förstakammarsal

- | | |
|-------------|--|
| 9.00–9.05 | <p>Inledning
Acko Ankarberg Johansson, ordförande i socialutskottet</p> |
| 9.05–9.20 | <p>Europeiska kommissionen
Stella Kyriakides, EU-kommissionär för hälsa och livsmedelssäkerhet (deltagande på distans)</p> |
| 9.20–9.30 | <p>Socialdepartementet
Tobias Lundin Gerdås, statssekreterare</p> |
| 9.30–9.40 | <p>Sveriges Kommuner och Regioner
Hans Hägglund, nationell cancersamordnare, samt ordförande RCC i samverkan</p> |
| 9.40–9.50 | <p>Barncancerfonden
Kerstin Sollerbrant, senior forskningsexpert</p> |
| 9.50–10.00 | <p>Cancerfonden
Emma Kristensson Bennwik, ansvarig internationella relationer</p> |
| 10.00–10.10 | <p>Camilla Thellenberg Karlsson
Adjungerad universitetslektor, Umeå universitet, samt överläkare, Norrlands Universitetssjukhus</p> |
| 10.10–10.20 | <p>Roger Olofsson Bagge
Docent och adjungerad universitetslektor, Göteborgs universitet, samt överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset</p> |
| 10.20–10.30 | <p>Socialstyrelsen
Olivia Wigzell, generaldirektör</p> |
| 10.30–10.50 | <p>Paus</p> |
| 10.50–11.55 | <p>Frågor från ledamöterna</p> |
| 11.55–12.00 | <p>Avslutning
Kristina Nilsson, vice ordförande i socialutskottet</p> |

Inbjudna åhörare – beredda att svara på frågor

Inspektionen för vård och omsorg

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys

Deltagare från socialutskottet

Acko Ankarberg Johansson (KD), ordförande

Kristina Nilsson (S), vice ordförande

Camilla Waltersson Grönvall (M)

Ann-Christin Ahlberg (S)

Johan Hultberg (M)

Mikael Dahlqvist (S)

Sofia Nilsson (C)

Karin Rågsjö (V)

Carina Ståhl Herrstedt (SD)

Yasmine Bladelius (S)

Dag Larsson (S)

Clara Aranda (SD)

Rebecka Le Moine (MP)

Pia Steensland (KD)

Mats Wiking (S)

Ulrika Jörgensen (M)

Per Ramhorn (SD)

Uppteckningar från den offentliga utfrågningen

Ordföranden: Varmt välkomna till socialutskottets offentliga utfrågning om svensk och europeisk cancerstrategi!

Sverige har en nationell cancerstrategi sedan tolv år tillbaka. Bakgrunden till strategin var en utredning av Kerstin Wigzell. Hon skrev så här i sitt förslag:

”En långsiktig strategi är nödvändig för att klara en framtida ökning av cancerprevalens. Samhället måste öka sina investeringar i prevention – det mest betydelsefulla för att minska sjuklighet och död i cancer. Kunskapsbildning och kunskapsspridning inom cancervård och prevention måste förbättras. Cancervårdens organisation behöver utvecklas. Nationellt samarbete blir alltmer nödvändigt och måste ges fastare former. Cancervården måste möta framtida patienters krav på information och kvalitet i omhändertagandet. Särskilda insatser behöver göras för att minska skillnader mellan befolkningsgrupper. Utvecklingen kommer även att ställa stora krav på prioriteringar och ställningstaganden till finansieringsformer.”

Så långt Kerstin Wigzell.

Hon kallade sitt betänkande *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Betänkandet betonar att det är viktigt att det är en nationell strategi, att det är en strategi för framtiden och att det är en särskild strategi för just cancer. Med utredningen som grund har den svenska nationella cancerstrategin utvecklats alltsedan 2010.

[tolkat från engelska till svenska]

Jag fortsätter nu på engelska.

Europeiska unionen har under många år bidragit till kampen mot cancer. Europas plan mot cancer, som lades fram förra året, är ett viktigt redskap för att förstärka arbetet mot denna fruktansvärda sjukdom. Flera av de mål som uppställts i Europas plan mot cancer ligger helt i linje med de svenska strategiinslagen i kampen mot cancer. Det är bara genom att samarbeta som vi kan åstadkomma det vi vill uppnå.

I dag ska vi diskutera hur vi kan förstärka arbetet för cancerprevention, underlätta för tidig upptäckt, hantera diagnostik och behandling och höja livskvaliteten för de drabbade. Vi ska också diskutera hur befintliga strategier på nationell nivå och EU-nivå kan bidra till denna utveckling och hur de ömsesidigt kan utveckla och stötta varandra.

Det är därför ett stort nöje att välkomna dagens första talare, Stella Kyriakides, som är kommissionär i Europeiska kommissionen med ansvar för hälso- och livsmedelssäkerhetsfrågor. Vi i socialutskottet är mycket glada över att få hälsa er välkommen i dag. Det är viktigt att vi i de nationella parlamenten har

kontakt med och följer det som sker på Europanivån. Vi uppskattar verkligen möjligheten att få diskutera dessa frågor direkt med ansvarig kommissionär.

Stella Kyriakides, EU-kommissionen [deltagande på distans, tolkat från engelska till svenska]: God morgon, mina damer och herrar! Det är verkligen ett nöje ... [tekniskt fel – ohörbart] ... kommer att överta ordförandeskapet i Europeiska rådet. Det gläder mig verkligen att hälsofrågor står så högt upp på det svenska ordförandeskapets program.

Dagens utfrågning äger rum samtidigt som den ryska oprovocerade invasionen av Ukraina pågår sedan flera månader tillbaka. I konflikttider är det naturligtvis oerhört angeläget att särskilt fokusera på de mest utsatta, barn, kvinnor och patienter. Det är de som drabbas allra hårdast. Däribland ingår förstås även cancerpatienter. Jag vill inleda med att säga några ord om just det, och betona den aspekten.

Den 24 februari blev på många sätt en vändpunkt för oss alla. Inget var längre detsamma efter det som skedde den dagen. Men solidariteten blev också mycket tydlig – solidaritet gentemot det ukrainska folket, patienter och alla dem som flydde undan kriget – från de medlemsstater som ligger längs med gränsen till Ukraina och från alla de EU-medborgare som har öppnat sina hem och sina hjärtan för flyktingar från Ukraina.

Vi inrättade omedelbart ett solidaritetssystem för att underlätta en flytt av ukrainska patienter till grannländer och andra EU-länder. Det var viktigt att de kunde få fortsätta med sina viktiga vårdinsatser. Där ingick förstås cancerpatienter. Vi har nu lyckats flytta så många som uppåt 500 patienter, såväl vuxna som barn, och vi måste försäkra oss om att dessa patienter kan fortsätta få den vård och omvårdnad som de behöver. Det här inbegriper naturligtvis inte enbart medicinsk vård utan också psykiatrisk och psykologisk vård. Exempelvis har många kvinnor och flickor blivit utsatta för fruktansvärda sexuella övergrepp under kriget.

När jag nu vänder mig till Sveriges riksdag vill jag ta tillfället i akt och tacka er i Sverige för era oerhört omfattande insatser, till exempel att ni har erbjudit er att ta emot patienter från Ukraina inklusive patienter med cancer. Ni har visat verklig solidaritet och handlingskraft.

Solidaritet är naturligtvis oerhört viktigt när det gäller cancervård. Om vi ska lyckas i arbetet med att hantera cancerutmaningen och ändra verkligheten så som den ser ut måste vi arbeta tillsammans. Det måste vi göra rent medicinskt och inom olika yrkeskåror men även mellan stater, forskningsgrupperingar och andra beslutsfattare. Alla måste vara med, även inom andra politikområden. Det kan gälla transport, jordbruk, utbildning och stadsplanering. Alla medlemsstater måste vara med i detta.

Det är så här vi har valt att arbeta med Europas plan mot cancer. Jag vet att Sverige under lång tid har haft en mycket effektiv cancerbehandling. Ni har sedan 2010 en nationell cancerstrategi för framtiden, med tydligt fokus på förebyggande insatser, tidig upptäckt, livskvalitet och jämlikhet i behandling och

vård. Detta är grundläggande principer i den europeiska planen, Europas plan mot cancer.

Alla medlemsstater står inför stora utmaningar inom hälso- och sjukvårdssystemen. Pandemin, covid-19, har ju, mina damer och herrar, bidragit till dessa utmaningar. Den har förstärkt dem och ytterligare kastat ljus över det faktum att vi måste ha beredningsplaner på plats så att vi kan agera vid behov. Vi vet från olika uppgifter, till exempel WHO-statistik, att oerhört många cancerpatienter inte har haft tillgång till screeningprogram och insatser under pandemin. De har inte haft tillgång till den behandling som de behöver. Det innebär att vi kan stå inför att många patienter nu får en sen upptäckt av cancer. Det här kommer att påverka de utmaningar vi har under de närmaste åren. Allteftersom tiden går blir pressen alltmer omfattande på systemet och på alla yrkeskategorier, såsom läkare, sjuksköterskor och så vidare. Alla inom dessa yrkeskategorier är ju våra hjältar, i Sverige och på andra håll.

Detta är sådant som vår plan ska hantera. Jag uppfattar den som ett löfte till EU:s medborgare. För allra första gången har nu 4 miljarder euro avsatts för att vi ska kunna förverkliga detta löfte. Planen kom på plats för ett år sedan och ska nu genomföras. Vi har gjort avsevärda framsteg, och trots covid-19-utmaningarna har vi inte missat något av målen i våra flaggskeppsinitiativ. Det är en prioritering för kommissionen. Jag vill varmt tacka Sverige för de viktiga bidrag ni har gjort under det senaste året, inklusive det som görs inom medlemsländernas arbete mot cancer.

Jag ska inte tala så mycket om detta, men jag vill tala om några av de huvudsakliga åtgärderna. Vi talar om en hälsosam livsstil. Det är ett initiativ. Vi talar också om förebyggande arbete. Vi har inrättat ett program för utbildning i specialiserad cancervård, eftersom vi vet att vi behöver få den nödvändiga kompetensen på plats i alla medlemsländer. Vi arbetar nu för att uppdatera EU:s kodex mot cancer. Det här är åtgärder som gör att medborgarna kommer att se specifika fördelar med detta. Det handlar om att ge bättre information till medborgarna. Vi kommer att öka medvetenheten och vi kommer att utbilda vårdpersonalen bättre. Detta kommer att leda till en bättre omvårdnad.

Sverige deltar i tre gemensamma åtgärder, som lanserades 2021. Det handlar om en storskalig vaccinkampanj mot HPV. Där har vi fastställt ett ambitiöst mål. Till 2030 ska åtminstone 90 procent av alla flickor i EU vara vaccinerade. Även antalet pojkar som vaccineras ska öka. Vi har fastställt ett mål för ett övergripande cancer nätverk i EU. Det ska alltså finnas ett cancer nätverk i EU så att alla ska få tillgång till diagnostik och nya läkemedel. Vi måste arbeta övergripande. De nationella cancercentrumen måste samarbeta. Vi inrättar också ett europeiskt centrum för kunskap. Det handlar väldigt mycket om prevention och främjande av hälsa. Prevention är centralt i planen. Vi arbetar även för att utvidga screening för andra typer av cancer. Förutom att utveckla riktlinjer utvidgar vi det också för andra typer av cancer. Ett viktigt flaggskeppsinitiativ under innevarande år är initiativet för bildiagnostik av cancer, som ska titta på olika cancerrelaterade initiativ och samla dem.

Vi har även lanserat ett arbete för rättvisa när det handlar om att få tillgång till finansiella instrument. Jag vill säga några ord om detta. Det är inte acceptabelt att personer som har genomgått cancer och slutfört sin behandling drabbas – det var kanske 10–15 år sedan eller mer. Det här gäller även barn. Tack och lov överlever många barn sjukdomen i dag, men på många områden diskrimineras de under resten av sina liv. Det inbegriper deras möjlighet att få lån eller livförsäkring eller köpa ett hus, det vill säga tillgång till finansiella tjänster. För första gången tar vi oss an detta på EU-nivå. Vi har lanserat ett instrument för rättvisa när det gäller tillgång till finansiella tjänster i alla medlemsländer. Det handlar om rätten att bli bortglömd. Patienter ska efter att de har blivit friska kunna fortsätta med sina liv på ett helt vanligt sätt utan att diskrimineras.

Den 7 maj lanserade vi vårt förslag om det europeiska hälsodataområdet. Jag tror att detta kommer att bli ytterligare en pelare i den europeiska hälsounionen som vi har börjat arbeta med sedan pandemin kom. Där kommer det att finnas två delar. Alla patienter i EU kommer att få tillgång till sina egna hälsodata, det vill säga all screening, bilddiagnostik och så vidare. Journalerna kommer dessutom ständigt att finnas tillgängliga för medborgarna. Vart de än reser kommer de att kunna ge läkare och vårdpersonal tillgång till denna information och kan på så vis få rätt omvårdnad. Detta kommer förstås att vara anonymt.

Avslutningsvis vill jag dela med mig av något personligt. Jag har själv överlevt cancer. Det här arbetet är ett väldigt personligt åtagande för mig, för kommissionen, för ordförande von der Leyen och för alla våra kollegor. Det här en unik chans att få till en plan som verkligen är EU:s plan mot cancer. Jag ser fram emot att få samarbeta med det svenska ordförandeskapet och riksdagen för att hålla planen vid liv och för att vi ska kunna se till att leverera alla de löften som vi nu har avgett.

Ordföranden [tolkat från engelska till svenska]: Tack så mycket för ert anförande! Det var oerhört tydligt avseende hur Europas plan mot cancer ska fungera. Vi kommer nu att öppna för ett par frågor från socialutskottet.

Dag Larsson (S) [tolkat från engelska till svenska]: Ordförande! Tack, fru kommissionär Kyriakides, för ett mycket intressant anförande! Som ni vet beror hälsojämligheten och chansen att överleva cancersjukdom på många olika faktorer, såsom socioekonomiska faktorer, var man bor och att det är dyrt med optimal diagnostik och med läkemedel och behandling.

Hur bedömer ni att ni och EU kan agera rent konkret för att verkligen övervinna dessa utmaningar?

Stella Kyriakides, EU-kommissionen [deltagande på distans, tolkat från engelska till svenska]: Ska jag svara på en fråga i taget? Tack, då gör vi så!

Det stämmer att ojämlikhet på hälsoområdet absolut är något som föreligger både inom och mellan EU:s medlemsstater. Vad gäller cancervård har inte ens alla inom ett och samma land tillgång till samma vård och så vidare. Covid har bara förstärkt detta. Det här är inte godtagbart.

Inom EU ska alla medborgare ha rätt till samma högkvalitativa vård och behandling, oavsett var de är bosatta. Det här är ett fokusområde i Europas plan mot cancer. På världscancerdagen i år, den 4 februari, sjösatte vi första fasen i registret mot ojämlikheter på cancerområdet. Det är ett av flaggskeppsinitiativen som identifierar förutsättningar och problemområden inom och mellan medlemsstater.

Jag vill vara tydlig med att det inte handlar om att peka ut någon eller ställa någon vid skampålen, utan vi vill identifiera de områden och de särskilda utmaningar som kräver åtgärder. På så vis kan vi rikta och styra in interventioner och investeringar så att det gynnar alla medborgare. Vi kommer att göra detta på ett antal olika sätt. Vi ska bland annat förstärka telemedicin, använda de europeiska referensnätverken och titta på hur vi kan agera i fråga om screening och högkvalitativ vård.

Jag ser fram emot att arbeta i nära samarbete med det svenska EU-ordförandeskapet för att tappa till dessa luckor och minska klyftorna. Så småningom kommer vi att kunna redovisa resultaten av dessa insatser. Vi kommer att kunna arbeta gemensamt för att minska klyftorna och se till att medborgarna får det de verkligen förtjänar på alla områden, inklusive cancervård.

Camilla Waltermsson Grönvall (M) [tolkat från engelska till svenska]: Ett hjärtligt tack till kommissionären för att hon är med oss i dag! Vi är särskilt glada över att kommissionären har nämnt det långa engagemang som vi har haft här i Sverige i fråga om cancerbehandling och omvårdnad.

Screening har nämnts i dag. Det är förstås väldigt viktigt med tidig upptäckt. Hur ska EU, enligt den nya strategin, kunna göra screening tillgängligt i hela EU? Vilken roll, anser kommissionären, har EU i framtiden i samband med det?

Stella Kyriakides, EU-kommissionen [deltagande på distans, tolkat från engelska till svenska]: EU spelar en avgörande roll. Vi säger alltid att tidig upptäckt räddar liv. Det har blivit en fras som vi alla känner till. Det är sant att tidig screening och tidig diagnos räddar liv, och cancerbehandling i ett tidigt skede har inte bara betydelse för patienternas livskvalitet, utan det är också viktigt för hälso- och sjukvården som system och hur man där kan hantera situationen. Vi tar upp detta i EU:s plan mot cancer. Vi arbetar med att uppdatera riktlinjerna för screening. Riktlinjer har funnits på plats i EU sedan 2003 – i 20 år. Tänk hur otroligt mycket vetenskapen har förändrats! Nu arbetar vi tillsammans med medlemsländerna för att samla in den senaste kunskapen.

Vi avser att göra tre saker. För det första ska vi uppdatera riktlinjerna. För det andra vill vi se till att 90 procent av alla medborgare i EU ska ha tillgång

till screening för livmoderhalscancer och bröstcancer till 2025, och vi vill också utvidga screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer. Det är väldigt tydligt. För det tredje vill vi utvidga våra åtgärder avseende screeningprogrammet, för vi tror verkligen på det som en effektiv åtgärd.

Ordföranden [tolkat från engelska till svenska]: Jag vill ännu en gång framföra ett hjärtligt tack till kommissionären för att hon kunde delta i dag i vår utfrågning. Jag hoppas att vi kan fortsätta denna dialog i framtiden.

Stella Kyriakides, EU-kommissionen [deltagande på distans, tolkat från engelska till svenska]: Varmt tack till er! Jag hoppas att jag kommer att kunna besöka er på plats under det svenska EU-ordförandeskapet så att vi kan diskutera och ha en dialog tillsammans.

Ordföranden: Vi går vidare med företrädare för regeringen. I dag har vi med oss statssekreterare Tobias Lundin Gerdås. Varmt välkommen!

Tobias Lundin Gerdås, Socialdepartementet: Fru ordförande! Det är fint att få vara här. Jag vill inleda med ett varmt tack till socialutskottet, inte minst socialutskottets ordförande och presidium, för att de har arrangerat dagens utfrågning.

I Sveriges riksdag finns åtta partier, och vi har 21 regioner med ett stort antal olika partipolitiska konstellationer runt om i vårt land. Jag tror att jag talar för alla när jag säger att arbetet med cancerfrågan och våra ambitioner för att knäcka cancer måste gå bortom tillfälliga politiska majoriteter och de politiska konjunkturen som råder vid olika tillfällen. Vi måste jobba tillsammans. Jag är därför glad över den här dagen och detta initiativ.

Varje år diagnostiseras 60 000 nya cancerfall i Sverige. Cancer är nu den vanligaste dödsorsaken bland befolkningen under 80 år. Att säkerställa att den svenska cancer vården är jämlik, effektiv och innovativ i alla stadier är därför en helt prioriterad fråga för regeringen.

Diskussionen om cancer och hur vi kan utveckla vår politik men också våra insatser har under de senaste åren tagit sig allt vidare uttryck. Cancer är i dag inte alltid bara en fråga om liv och död utan kan handla om att leva under en längre period med en cancerdiagnos och om rätten till ett gott liv efter en cancerdiagnos med såväl sår i själen som en ömmande kropp. Alla dessa perspektiv på cancerpolitiken har blivit allt tydligare under de senaste tio åren. Det är självklart en utveckling som regeringen välkomnar. Vi måste ha en bred approach när vi utvecklar vår politik och cancer vården.

Alla har vi egna erfarenheter, eller så har någon i vår närhet eller familj drabbats. Det är bara att gå tillbaka till sina egna erfarenheter och exempel för att förstå hur mycket som har hänt. När jag var liten stod min mormor mig mycket nära. Jag glömmer aldrig samtalet då hon ringde mig och berättade. Jag var förkyld den där dagen och hon sa: Vet du vad, Tobias? Förkyllningar

går över, men alla sjukdomar gör inte det. Jag har cancer, och jag kommer att gå bort i cancer.

Min mormor hade drabbats av livmoderhalscancer. I dag är livmoderhalscancer en av de cancerformer som vi hoppas kunna utrota genom den HPV-vaccinering som erbjuds i Sverige till flickor sedan 2010 och till pojkar sedan 2020. Mycket har alltså hänt. Men vi alla bär på egna erfarenheter av, berättelser om och oro och rädsla för cancer som gäller en kollega eller en närstående. Samtidigt bär vi på ett hopp om att utveckla cancervården och att de stora framgångar som vi sett sedan cancerstrategins tillkomst 2009 också ska bära framåt. Jag tycker att det är en styrka för vårt land och för Sveriges riksdag och regering att vi har kunnat jobba utifrån en övergripande riktning.

Vi har den nationella cancerstrategins tillkomst 2009, de regionala cancercentrumens etablering 2010, den långsiktiga planen mot cancer från 2018 och den svenska life science-strategin från 2019. Därtill har vi det som kommissionär Kyriakides talade om, det vill säga den europeiska planen från 2021. Jag kanske också ska nämna de standardiserade vårdförloppen från 2015.

Precis som fru ordföranden nämnde inledningsvis har det gått tolv år, och på många sätt har det varit framgångsrika år då stor utveckling har skett inom den svenska cancervården. Den ligger i dag långt framme när det gäller behandlingsresultat. Sverige är ett av de EU-länder med lägst andel dödsfall efter cancerdiagnos, med cirka 15 procent färre dödsfall än resten av Europeiska unionen. Av alla vuxna i Sverige lever 70 procent i tio år till efter att de fått en cancerdiagnos. Det är självfallet en stor framgång, även om väldigt mycket mer kan göras.

Jag vill inte minst påtala de brister vi har i fråga om ojämlikhet. Det gäller både mellan grupper i befolkningen och geografisk ojämlikhet. Man kan till exempel se att personer med högre utbildning och medianinkomst i större utsträckning deltar i de screeningprogram som togs upp under Kyriakides dragning.

Syftet med cancerstrategin och regeringens arbete är att få en mer sammanhållen, tillgänglig och effektiv cancervård som också långsiktigt kan möta utvecklingen inom området och komma till rätta med ojämlikheter mellan både befolkningsgrupper och geografisk tillhörighet. De fem nationella målen i cancerstrategin har kanske alla uppskrivna på väggen hemma. Men låt mig påminna församlingen och den som tittar hemifrån om att det handlar om följande:

1. minska risken för insjuknande i cancer – här kan absolut mycket mer göras
2. förbättra kvaliteten i omhändertagandet utifrån ett tydligt patientperspektiv – här har inte minst RCC:s arbete varit otroligt betydelsefullt
3. förlänga överlevnadstiden och förbättra livskvaliteten efter en cancerdiagnos
4. minska regionala skillnader i överlevnadstid
5. minska skillnaden mellan olika befolkningsgrupper i insjuknande och överlevnadstid.

Den långsiktiga inriktningen för det nationella arbetet med cancervården är som sagt en stor styrka för vårt land. Vi har sagt att strategin från 2009 i huvudsak är bra men att den löpande måste uppdateras och förnyas. Det finns inget syfte med att byta cancerstrategi för ofta eller beroende på skiftande politiska majoriteter, utan den långsiktiga inriktningen ska ligga fast. Men vi ska löpande förnya och förstärka den.

Därför har vi sedan 2018 den långsiktiga inriktningen för det nationella arbetet med cancer. Varje år uppdateras cancerstrategin genom en överenskommelse med Sveriges Kommuner och Regioner i ett samarbete som fungerar alldeles utmärkt. Nivån på vår överenskommelse ligger i dag på ungefär 600 miljoner. Den långsiktiga inriktningen för det nationella arbetet med cancervården syftar till att skapa vägledning som ska ligga till grund för fortsatta insatser för att rusta cancervården inför framtidens utmaningar. Inriktningen ska synliggöra områden och insatser som är viktiga för ett nationellt effektivt arbete med cancervården.

Strategin är såklart en viktig del som med de kompletteringar och överenskommelser som jag nämnde innebär att vi hela tiden förnyar och uppdaterar vårt arbete och att vi hela tiden måste förhålla oss pragmatiska till ändamålen och se vilket mål vi strävar efter. För 2022 är överenskommelsen inriktad på det fortsatta arbetet för en mer jämlik och effektiv cancervård – bland annat då genom prevention och tidig upptäckt – och på tillgänglig och god vård med fokus på patienten, kunskapsutveckling, kompetensförsörjning och forskning samt tillgång till och användning av medicinska teknologier.

Jag vill också nämna de totala insatserna på hälso- och sjukvårdens sida. Vi kan se att svensk hälso- och sjukvård tar allt större andel av bnp; vi har i så måtto haft en positiv utveckling under de senaste åren. Sjukvårdens totala andel av bnp ökar, och de totala anslagen till svensk hälso- och sjukvård är större än någonsin. Även om man räknar bort de tillfälliga coronastöden ligger vi i en bra riktning, med fortsatt ökade tillskott.

Det är dock inte bara en fråga om ekonomiska resurser, vilket inte minst arbetet med standardiserade vårdförlopp har visat. Vi kan göra väldigt mycket för att förbättra den långsiktiga överlevnaden genom att skapa ett bra tryck, en bra samverkan och en bra samordning samt även genom att kräva tydlighet och tidiga resultat.

Jag vill dock nämna några av de satsningar som görs utöver det som ligger i riktningen för strategin. Utrotningen av HPV och livmoderhalscancer är såklart alldeles särskilt viktig, och det vaccinationsprogram som sedan 2010 finns för flickor och sedan 2020 för pojkar kommer att få resultat. Vi måste såklart följa frågan noga så att vi får en god täckning. Kommissionär Kyriakides är inne på de målsättningar om en mycket god täckning som finns inom Europeiska unionen, och även det kommer självklart att ha effekt på oss här i Sverige.

När det gäller förebyggande insatser vill jag nämna att vi från regeringens sida ger ekonomiskt stöd till professionsorganisationer som arbetar med att förebygga och behandla ohälsosamma levnadsvanor som kan leda till cancer.

Jag skulle ändå vilja säga att detta är ett område som vi kan utveckla mer. Sambanden mellan till exempel alkoholkonsumtion, övervikt eller fetma och cancer blir allt tydligare, och det finns mycket mer att göra på det området.

Sverige ska också vara ett föregångsland när det gäller individanpassad diagnostik och behandling inom hälso- och sjukvården, däribland självklart cancer. Regeringen har bland annat gett finansiella bidrag till GMS för pilotprojekt inom utveckling av gensekvensering för diagnostik av bröst- och äggstockscancer samt barncancer. Helsekvensering är ett viktigt verktyg för att kunna ställa rätt diagnos tidigt och erbjuda en mer effektiv och individanpassad behandling. Jag kan i dag avslöja att vi från regeringens sida kommer att besluta om att bevilja en ansökan om ytterligare medel för att utveckla detta pilotprojekt till att även omfatta avancerad lungcancer. Detta är ett område med oerhörda möjligheter.

Vad gäller den nationella cancerstrategin vill jag avslutningsvis bara nämna life science-strategin. Jag tycker att den är viktig att nämna. Vi lyfter ofta fram skogen och malmen när vi pratar om svenska landvinningar, men skulle man måla innertaket i Riksdagshuset i dag skulle jag vilja säga att man borde ha med en bild på den svenska läkemedelsindustrin. Det offentliga och privata har gjort stora landvinningar genom att gå hand i hand.

Att Sverige ska vara vägledande och ligga mycket långt fram även när det gäller utveckling av nya läkemedel är såklart helt centralt om vi ska knäcka cancer. Det finns väldigt stora möjligheter i Sverige som kunskapsnation, i vår nära samverkan med universiteten och sjukvården samt i den industri som vi har att vara stolta över. Det finns såklart också stora utmaningar för politiken att hålla jämna steg med utvecklingen av nya läkemedel, inte minst för att undvika ojämlikhet när det gäller vilka som får tillgång till de läkemedlen.

Jag vill också säga några ord om EU:s plan mot cancer. Ni hörde Stella Kyriakides prata om detta, och jag ska vara kortfattad. EU lanserade den gemensamma cancerplanen 2021, och vi ser den som ett alldeles utmärkt komplement till den svenska cancerstrategin och hela det arbetet. Vi har väldigt mycket att lära av varandra inom Europeiska unionen, och även om de svenska resultaten ligger långt fram finns det såklart diagnoser där vi i Sverige ligger sämre till. Vi ska givetvis hela tiden jobba tillsammans och utvecklas som union. Inte minst i de diskussioner om hälsodata som vi har haft i socialutskottet så sent som nu i veckan finns det alldeles utmärkta exempel på vilka landvinningar som kan göras inom läkemedelsindustrin om vi på ett säkert och tryggt sätt kan tillhandahålla patientdata. Då kommer vi att kunna göra stora landvinningar.

Jag vill därför i dag avslöja att vi kommer att ha en cancerkonferens i Stockholm under det svenska ordförandeskapet. Jag noterade att Kyriakides sa att hon skulle vara med på plats nästa gång, och kanske kan denna konferens vara ett sådant tillfälle. Jag hoppas att vi kan göra detta tillsammans, både riksdag och regering. Det finns stora möjligheter att vara engagerade under det svenska ordförandeskapet. Den europeiska delen kompletterar alltså den svenska

delen, och vi ska fortsätta med en mycket tydlig riktning när det gäller cancerpolitiken. Vi ska göra detta tillsammans.

Avslutningsvis vill jag hälsa från socialminister Lena Hallengren, som befinner sig i New York och Washington. Hon är utomordentligt tacksam för att ni har tagit initiativ till att arrangera den här dagen. Vi måste göra detta tillsammans, jobba hårt tillsammans och sätta upp målen för 2023 och ordförandeskapet – och sedan därefter, 2025 och 2027. Vi behöver utveckla våra överenskommelser och jobba ännu tajtare med regionerna inom det huvudmannaskap vi har i dag för att kunna nå ytterligare framgångar under åren som kommer.

Med det vill jag tacka för möjligheten att komma hit. Jag önskar er en riktigt trevlig dag!

Ordföranden: Tack så mycket, statssekreteraren! Vi går då vidare till Sveriges Kommuner och Regioner, som i dag representeras av Hans Hägglund. Han är nationell cancersamordnare och även ordförande för RCC i samverkan.

Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner: Fru ordförande! Detta är en viktig dag då den ger tillfälle att diskutera cancerfrågorna. Jag har en bakgrund som cancerläkare sedan början av 90-talet. Under de senaste tio åren har jag tillbringat en hel del tid inom cancerforskningen, som chef och ledare på cancerområdet.

Pandemin har haft ett stort antal negativa effekter på vårt samhälle, men inom EU har den satt fokus på hälsofrågorna. EU håller nu på att skapa en riktigt stark hälsounion, och nästa steg är att fokusera framåt på cancerfrågorna. Var nionde sekund insjuknar en medborgare i EU i cancer. År 2020 insjuknade nästan 3 miljoner invånare i cancer, och 1,3 miljoner avled. Trots att befolkningen i EU totalt sett endast utgör en tiondel av befolkningen i världen finns en fjärdedel av alla cancerfall här. Detta beräknas kosta cirka 100 miljarder euro per år.

Stella nämnde att det fortsatt är en ojämlig vård; det finns skillnader i outcome när det gäller till exempel överlevnad på upp till 20–30 procent mellan olika diagnoser – och inom diagnoserna. Vi vet att ungefär 40 procent av alla cancerfall, alltså fyra av tio, kan förebyggas. Vi vet också att åtta eller nio av tio fall av hjärt-kärlsjukdomar kan förebyggas. Trots detta lägger en EU-medlemsstat i snitt 3 procent av sjukvårdsbudgeten på att förebygga sjukdom.

Tobias gick igenom detta på ett fint sätt, men det var ett lyckat drag att presentera delbetänkandet 2009. Man kunde givetvis ha valt någon annan sjukdom, men man valde cancer, vilket jag tror var klokt eftersom cancer omfattar så många olika delar av hälso- och sjukvården. År 2010 kunde man sätta spaden i jorden och börja arbeta med de här frågorna på allvar. Då skapades sex regionala cancercentrum, ett i varje sjukvårdsregion, och man tillsatte en nationell cancersamordnare. Man tog fram de fem övergripande målen och hade fokus på tio insatsområden.

Efter ett rådslag togs den långsiktiga inriktningen fram 2017. En stor skillnad där var att man inkluderade även barn i strategin, och inom RCC i samverkan har vi tagit fram en gemensam inriktning för att bättre nå ut till regionerna gällande hur vi ska prioritera i de här frågorna – inte minst i diskussion med staten när det gäller nya överenskommelser. Det som är nytt och väldigt positivt och som kan sätta lite mer tryck på de här frågorna är att vi nu också har en europeisk cancerplan.

Det finns fyra områden inom canceröverenskommelsen 2022, och dessa områden täcker allt från förebyggande vård till palliativ vård. Det finns ett stort fokus på prevention, det vill säga förebyggande åtgärder, och tidig upptäckt, men fokus ligger även på tillgänglig och god vård, kunskapsutveckling, kompetensförsörjning och forskning – liksom på tillgång till och användning av medicinska teknologier, det vi i dagligt tal kallar precisionsmedicin.

Till varje område kopplas ett antal insatser, som via RCC i samverkan implementeras ute i de regionala cancercentrumen och sjukvården. Överenskommelsen omfattar 530 miljoner kronor, och majoriteten av medlen går ut till regionerna för att de ska arbeta med framför allt tillgänglighetsfrågor – det har varit stort fokus på de standardiserade vårdförloppen. En stor del går också till utvecklingen av barncancer vården.

Den svenska cancerstrategin har framför allt haft fokus på olika kunskapsstöd. Ett sådant viktigt område är de nationella vårdprogrammen. Vi har gått från att i princip inte ha några nationella vårdprogram innan strategin presenterades till att i dag ha över 50 nationella vårdprogram. Detta gör att man kan räkna med att få samma vård var man än bor i Sverige, om vårdprogrammen följs.

Ett annat stort fokus har varit de standardiserade vårdförloppen för sjukresan, från primärvården in på sjukhuset och till start av första behandling. I dag finns det drygt 30 standardiserade vårdförlopp, vilket ska garantera att patienten utreds på ett och samma standardiserade sätt. Man har också satt olika ledtidsmål kopplat till detta, och vi har ett antal cancerregister för att följa upp och utvärdera hur cancer vården fungerar.

En annan stor och viktig del i vårt arbete har varit det som kallas regimbiblioteket. Tidigare fanns det ett antal pärmar på varje klinik, och man fick leta i dem efter den behandling som en kvinna med bröstcancer skulle få. Det kunde se väldigt olika ut över landet. I dag finns det ett nationellt regimbibliotek, och i det biblioteket finns det över 600 regimer. Var man än är aktiv inom sjukvården kan man alltså plocka fram samma vårdprogram eller regim.

Det vi arbetar med just nu är att rulla ut något som kallas Min vårdplan, vilket är information till patienten så att patienten ska kunna följa sin vårdresa. Det är också information om de olika diagnoserna. Det som är väldigt aktuellt nu är de individuella patientöversikterna, som är ett verktyg där läkaren kan sitta med patient och anhöriga och där patienten kan få en översiktsvy av förloppet på en sida på datorn: Vilka behandlingar har givits? Hur ser labbvårderna ut? Det här kan förefalla ganska simpelt, men sitter man på en mottagning kan det ta en kvart, en halvtimme eller en timme att förbereda ett besök om

patienten har varit med länge. Det här ger en överblick över hela resan på bara någon minut.

Vi har en god cancervård, och vi vet att över 70 procent av våra patienter i dag överlever. Ungefär 85 procent av barnen överlever. Både den svenska och den europeiska cancerstrategin har kommit till för att minska ojämlikheter, förbättra tillgängligheten och öka kvaliteten i vården. Har vi då nått ända fram? Kan vi känna oss nöjda? Nej. Stella tog upp de ojämlikheter som finns mellan medlemsstaterna, men vi har ojämlikheter även i Sverige. Därför är det oerhört viktigt att vi får fortsätta att arbeta med cancerstrategin, att vi får sätta ännu större fokus på cancerstrategin och att vi får komplettera den svenska strategin med den europeiska.

Jag ska ge några exempel på ojämlikheter som vi ser i Sverige. Om vi tittar på de standardiserade vårdförloppen och jämför Örebro med Region Norrbotten ser vi att 97 procent av örebroarna inkluderas i ett standardiserat vårdförlopp jämfört med 63 procent av invånarna i Norrbotten.

Väljer vi att titta på läkemedel kan vi till exempel titta på ett läkemedel som används vid återfall i bröstcancer. Där ser vi att Sydöstra sjukvårdsregionen ger detta läkemedel till 10 av 100 000 invånare medan Västra sjukvårdsregionen ger det till 2,7.

Väljer vi att titta på bröstcancerscreening – detta är från Cancerfundsrapporten – och jämför Bollnäs med Tidaholm ser vi att 93 procent av kvinnorna i Bollnäs genomgår en bröstcancerscreening medan 51 procent av kvinnorna i Tidaholm gör det.

När det gäller överlevnad har man i en ganska färsk avhandling tittat på hur överlevnaden skiljer sig åt gällande diagnosen myelom, vilket är en blodsjukdom. Här ser vi att Stockholm och Gotland har signifikant bättre överlevnad bland sina myelompatienter jämfört med övriga regioner.

Den europeiska cancerplanen presenterades i februari 2021. Det är en rekommendation som inte har genomgått den sedvanliga processen med trepartsamtal, men däremot har regionkommittén och den ekonomiska och sociala kommittén lämnat in sina yttranden. Båda har antagits vid plenarsessionerna. I regionkommitténs arbete var Birgitta Sacrédeus, regionråd i Dalarna, rapportör, och jag var hennes expert eller sakkunnige i processen.

Som ni hörde satsas det mycket pengar, 4 miljarder euro, på den europeiska planen. Den är strukturerad på ett sätt som liknar den svenska cancerstrategin, nämligen kring fyra centrala åtgärdsområden. Preventionsarbetet är viktigt, liksom tidig upptäckt genom screening samt diagnos och behandling. Även cancerpatienternas och canceröverlevarnas livskvalitet är dock viktigt. Detta består av tio flaggskeppsinitiativ, att jämföra med våra tio områden, och kopplat till flaggskeppsinitiativen finns drygt 30 stödjande åtgärder.

Det som är så fint i det här är att det inte bara är en plan för att bekämpa cancer, utan här finns det enorma resurser för forskning. EU har ett forsknings- och innovationsprogram som kallas Horisont Europa och gäller för perioden 2021–2027. Man har också fem missions, och ett av dem är just cancer. Det är ett mission tillsammans med klimatfrågorna, friska vatten, klimatneutrala

smarta städer och markhälsa och livsmedel. Budgeten för detta är nästan 100 miljarder euro. Här har vi en möjlighet att söka pengar för att fortsätta utveckla vår cancervård.

Den europeiska cancerplanen fokuserar på prevention, och det spänner ganska brett – det rör allt från luftföroreningar och att minska bruket av alkohol och tobak till andra viktiga åtgärder som mobilitet och så vidare.

Tidig diagnostik nämndes, och screening är viktigt. Det gäller dels att implementera de screeningprogram som i dag inte är igång, till exempel lungcancer och prostatacancer i Sverige, dels att utveckla de screeningprogram som finns.

Precisionsmedicin är också oerhört viktigt här. Det gäller utveckling av de diagnostiska metoder och de läkemedel som kan användas inom precisionsmedicinen för att dels förbättra överlevnaden, dels minska komplikationerna av behandlingarna. Här är datadelningen en stor och viktig del.

Även canceröverlevarnas livskvalitet är en viktig del, vilket Stella också berörde. Det ska vara självklart att man får tillgång till finansiella tjänster, till exempel, om man har haft en cancerdiagnos. Den här planen spänner alltså väldigt brett och har ett patient- och anhörigfokus men också ett starkt barnperspektiv.

Planen kräver ett tvärsektorielt engagemang, och den kan utvecklas mycket mer effektivt i samarbete med läkemedelsindustrin, myndigheter, universiteten och så vidare. Jag tror att planen kan hjälpa oss och ta oss bort från det silo- och stuprörstänk vi fortfarande i dag besväras av. Det finns också tydliga målsättningar, som att 90 procent av flickorna ska vaccineras med HPV-vaccin, att 90 procent av medborgarna ska ha tillgång till det screeningprogram som är aktuellt och så vidare.

Digitalisering och datadelningsfrågor är också oerhört viktiga här. Det handlar dels om att kunna använda data för att utveckla vården och inte minst inom forskningen, dels om att kunna utbyta patientjournaldata och så vidare. Den här planen bygger också upp nya partnerskap och nätverk. Det finns en stor budget, där vi behöver vara en del, som har ett stort fokus på forskning och innovation.

Den europeiska cancerplanen är vår cancerplan, och det här är min sammanfattning. Vi ser nu att cancerområdet är i fokus inom EU, vilket ger oss här i Sverige möjligheter att påverka, utveckla och förstärka arbetet. Jag tror att det kan bidra till en ökad jämlikhet och till en förbättrad kvalitet i cancer vården här i Sverige. Det finns stora möjligheter för Sverige att bidra till och lära av den fortsatta utvecklingen inom cancerområdet.

Planen är så stor, omfattande och bred att jag tycker att det finns ett behov av att utreda hur den här planen kan integreras och sammanflätas med den svenska cancerstrategin. I Sverige är det just nu flera aktörer som är involverade: SKR, Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Vinnova, Vetenskapsrådet och så vidare. Det finns behov av samordning och av samarbete.

Ordföranden: Tack så mycket, Hans Hägglund! Det är värdefullt att få ta del av dina erfarenheter och kunskaper.

Jag vill bara be alla medverkande att hålla talartiden så att vi klarar hela förmiddagen inom angiven tid. Vi går vidare till representanten från Barncancerfonden, Kerstin Sollerbrant, som är senior forskningsexpert.

Kerstin Sollerbrant, Barncancerfonden: Jag vill börja med att tacka för att jag har fått möjligheten att komma hit och prata om barn och cancer. Jag hoppas att jag under mina tio minuter kan övertyga er om vikten av att ta med barnens perspektiv när framtidens cancervård nu planeras.

Barncancerfonden är i dag Sveriges enskilt största finansiär av barncancerforskning och har på så vis bidragit till att överlevnaden har ökat från 50 till 85 procent sedan vi grundades i början av 80-talet. Trots detta drabbas ett barn om dagen av cancer, och barncancer är fortfarande den vanligaste dödsorsaken bland barn i åldern 1–14 år i Sverige.

Vi jobbar med visionen att alla som drabbas av barncancer ska leva, inte bara överleva. Det betyder att det finns mycket kvar att göra för att alla barn som drabbas av cancer ska överleva och för att både livsvillkoren för barncanceröverlevarna och behovet av stöd till barnet och dess närstående är tillfredsställda.

Barncancer skiljer sig från cancersjukdomar som drabbar vuxna. Barn röker inte, dricker inte alkohol, har inte utsatts för skadande solstrålning under många år och äter oftast hälsosam kost. Barncancer är därmed inte relaterad till livsstil och går därför inte att förebygga på samma sätt som vuxencancer. Barn får också andra typer av cancer; till exempel bröstcancer är en cancerform som framför allt drabbar vuxna, medan neuroblastom är en typisk barncancersjukdom.

Barns kroppar växer och utvecklas, vilket gör att mediciner påverkar barn annorlunda än vuxna. Dessutom har barn ett långt liv framför sig efter avslutad cancerbehandling, vilket gör att de löper större risk att utveckla sena komplikationer jämfört med vuxna. Faktum är att 70 procent av de barn som överlever sin cancer lever med sena komplikationer som är orsakade av den tuffa cancerbehandling de fick som barn.

Barn som drabbas av cancer är också en väldigt heterogen grupp med skiftande och unika behov. Det är stor skillnad i både omvårdnad och medicinsk behandling beroende på om det är en tvååring eller en tonåring som drabbas av cancer.

Ungefär 1 000 barn behandlas för cancer i Sverige varje år. Den svenska barncancervården lyfts ofta upp som ett föredöme för vård som uppfattas som trygg, tydlig och stödjande, trots att barncancer är en allvarlig sjukdom och trots att behandlingen är tuff och ofta pågår i flera år. Tack vare ett starkt nationellt och internationellt samarbete säkerställs att både diagnostisk och behandling håller hög standard och uppdateras utifrån aktuell kunskap. Överlevnaden i barncancer i Sverige är därför bland de högsta i världen.

Trots att barncancervården i Sverige fungerar relativt bra finns det fyra viktiga utvecklingsområden som behöver uppmärksammas.

Det första handlar om överlevnad. 15 procent av de barn som drabbas av cancer i Sverige överlever inte. Det motsvarar två skolklasser varje år, och det är inte okej. De barn som inte klarar sig har antingen drabbats av en cancer som saknar en effektiv behandling eller också fått ett återfall där alla tillgängliga mediciner redan har testats och inget återstår att erbjuda. Det som behövs är därför helt nya typer av behandlingar, och de måste vara särskilt anpassade till barn för att säkerställa att effekt, kvalitet och säkerhet är anpassade till barns speciella och unika behov.

Det andra utvecklingsområdet handlar om dem som överlever sin barncancer. I dag finns cirka 11 000 barncanceröverlevare i Sverige, och tack vare medicinska framsteg ökar antalet överlevare med omkring 280 personer varje år. Men för många är priset för att överleva högt – 70 procent av de barn som överlever sin cancer drabbas av sena komplikationer. 30 procent av komplikationerna är allvarliga och till och med potentiellt livshotande.

Sena komplikationer kan uppkomma flera decennier efter avslutad cancerbehandling och påverkar den överlevandes livskvalitet i olika grad. Komplikationerna kräver också stora och ofta livslånga insatser från vården och samhället. Exempel på sena komplikationer är att drabbas av en ny cancer eller få en stroke, svårigheter att skaffa barn, hormonella problem som kan leda exempelvis till övervikt och förvärvade hjärnskador som kan leda till problem med koncentration och minne och till svårigheter i skolan.

När ett barn fyller 18 år övergår vårdansvaret till vuxenvården. Varje år övergår ungefär 310 unga personer från barncancervården till vuxenvården, och här finns det tredje utvecklingsområdet. I dag haltar nämligen den här övergången på många håll i Sverige, vilket Barncancerfonden visade i en enkätundersökning förra året. Av enkäten framgår att endast 30 procent anser att det inom vuxenvården är tydligt vart de ska vända sig för att få råd och stöd i frågor som rör den drabbade ungdomens hälsa. Det är därför mycket viktigt att skapa en sömlös övergång mellan barn- och vuxenvården.

Vårdprogrammet för långtidsuppföljning efter barncancer och utrullning av seneffekt-mottagningar i hela landet är en viktig utveckling som har potential att göra verklig skillnad för barncanceröverlevare. Vårdprogrammet gör det möjligt att upptäcka och därmed behandla sena komplikationer i tid. Det är nu viktigt att se till att vårdprogrammet implementeras fullt ut i hela landet för att alla Sveriges barncanceröverlevare ska kunna erbjudas en likvärdig eftervård.

Det sista viktiga utvecklingsområdet handlar om det psykosociala omhändertagandet. Både regeringen och Barncancerfonden har gjort stora särskilda satsningar för att förbättra det psykosociala omhändertagandet de senaste åren, vilket är jätteviktiga initiativ. Trots detta brister det psykosociala stödet fortfarande både under och efter behandlingen. Här är det viktigt att påpeka att hela familjen behöver stöd och att syskon till cancersjuka barn är särskilt utsatta.

Barncancerfondens enkät visar att hela 42 procent anser att det psykosociala stöd som erbjudits till syskon inte varit tillräckligt. Ett syskon till ett barn med cancer är precis lika mycket en anhörig som en vuxen familjemedlem och bör därför även i lagens mening betraktas som anhörig. Så är inte fallet i dag. Om ett syskon skulle betraktas som en anhörig med särskilda behov skulle syskonets möjligheter att få rätt hjälp av hälso- och sjukvården och skolan förbättras.

Framgångsrik forskning de senaste 40 åren har varit avgörande för att överlevnaden i barncancer har ökat från 50 till 85 procent. Ett forskningsområde som är särskilt viktigt är utvecklingen av nya läkemedel och behandlingar. Här har gårdagens, dagens och framtidens barncancerpatienter olika behov. Gårdagens barncancerpatienter, det vill säga barncanceröverlevarna, behöver behandlingar som tar bort eller lindrar de redan uppkomna komplikationer som de lever med i dag. De barnpatienter som behandlas med traditionella cancerbehandlingar i dag behöver nya sätt att förebygga eller minska risken för att utveckla komplikationer senare i livet.

För att alla barn som drabbas av cancer i framtiden ska överleva med bibehållen livskvalitet behöver vi kunna erbjuda helt nya typer av effektivare och skonsammare behandlingar. Här kan precisionsmedicin och immunterapier bli de medicinska genombrott vi alla hoppas på. För att framgångsrikt utveckla nya läkemedel behöver man se till att alla delar i ett läkemedels hela livscykel fungerar. Det ställer höga krav på att allt från forskning till långtidsuppföljning av ett nytt läkemedel hänger ihop. I dag finns det mycket grus i maskineriet på vägen, vilket försenar eller till och med förhindrar utveckling av nya läkemedel.

För att forskningen ska få den avgörande betydelse som den skulle kunna ha behöver vi i mycket högre grad samverka med vår omvärld. Sverige behöver delta i de många europeiska initiativ som har startats upp i samband med lanseringen av den europeiska cancerstrategin. Nationella satsningar är helt enkelt inte tillräckliga.

Jag vill här också passa på att särskilt lyfta upp tre viktiga utmaningar. Barn med cancer måste få tillgång till nya cancerläkemedel på samma villkor som vuxna, vilket inte är fallet i dag. För att svenska barncancerpatienter ska kunna ingå i fler kliniska studier krävs ökat internationellt samarbete. Till skillnad mot de traditionella cancerbehandlingarna – det vill säga strålning, kirurgi och cytostatika – är långtidseffekterna av de nya precisionsmedicinerna och immunterapierna i stort sett okända, vilket ställer helt nya krav på långtidsuppföljning på internationell nivå.

Sammanfattningsvis vill Barncancerfonden att barnperspektivet ska vara en central del både i utveckling av svensk cancervård och i forskning och utveckling av nya läkemedel under läkemedlets hela livscykel från forskning till långtidsuppföljning.

Slutligen vill Barncancerfonden se en reviderad nationell cancerstrategi för Sverige. Dagens nationella cancerstrategi från 2009 behöver både uppdateras och harmoniseras med EU:s nya cancerplan. Den saknar också viktiga barnperspektiv.

Med det vill jag tacka för uppmärksamheten. Jag svarar gärna på frågor senare.

Ordföranden: Vi går vidare till Cancerfonden och Emma Kristensson Bennwik, som är ansvarig för internationella relationer.

Emma Kristensson Bennwik, Cancerfonden: Ärade riksdagsledamöter, åhörare och branschkollegor!

”På röntgen syntes två tumörer. Jag fick en dödsdom. Ett till tre år kvar att leva. Där och då rasade min värld ihop.”

De här orden kommer från Magnus, en man som nyligen berättade om sin cancerresa för oss på Cancerfonden. Det är berättelser som den från Magnus som motiverar oss till att göra det jobb vi gör varje dag. Det jobbet har i dag lett oss hit. Det är en stor glädje för Cancerfonden att få delta i den här viktiga förmiddagen, då cancerfrågorna ska få stå i centrum i denna vackra kamarsal.

I dag, när en av tre får cancer, drabbas vi alla. Att ha på plats den mest träffsäkra cancerstrategin är en av vår tids viktigaste politiska frågor. Cancerfrågorna är politik när politik är som allra viktigast, nämligen när ni beslutsfattare kan ta er tid att fundera över hur patienter och nära och kära kan få cancer upptäckt i tid, minska risken att drabbas genom hälsosammare levnadsvanor och få möjlighet till bästa möjliga behandling och rehabilitering.

Men ingen instans har alla svaren. För att besegra cancer behöver vi alla arbeta tillsammans, för när en av tre får cancer kan vi alla vara Magnus. Vi kan alla vara en patient eller en anhörig, och troligtvis är vi alla redan nu drabbade av cancer på något sätt. Därför har vi på Cancerfonden sett mycket fram emot samtalen vi kommer att ha tillsammans med er här i dag.

Vi jobbar mot fyra mål: att förebygga cancer, att upptäcka cancer i tid, att bota cancer och att man ska kunna leva väl under och efter cancer. I dag har vi valt att prata om en del av vårt arbete. Vi har valt att prata om den del som handlar om att förebygga och minska risken att människor drabbas. Vi har valt cancerprevention i dag, av den enkla anledningen att det är här ni politiker kan göra väldigt stor skillnad.

Det är nu närmare 13 år sedan den svenska cancerstrategin kom till. Det har inneburit många oerhört viktiga framsteg, exempelvis införandet av nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp för att nämna bara två viktiga steg framåt. Framför allt har canceröverlevnaden ökat under de här åren, och det är fantastiskt. Framstegen som skett under åren med den svenska cancerstrategin visar tydligt hur mycket vi som land har att vinna på att ta fram den här typen av strategier tillsammans.

Den svenska cancerstrategin bör med fördel inkludera ett konkret fokus på att inte bara bota cancer utan också förebygga och minska risken för att vi ska drabbas. Den nya europeiska cancerstrategin pekar ut och visar på vad som är möjligt även här hos oss, för vi har utmaningar. Förutsättningarna för vår hälsa

är inte jämlika. Våra reella möjligheter att i vardagen skapa hälsosamma levnadsvanor och vår geografiska tillhörighet spelar stor roll för vår hälsa här i Sverige.

Att ha så ojämlika och stora skillnader i hälsa är inte värdigt vårt land. Vi kan bättre. Vi har kunniga beslutfattare. Vi har system och strukturer på plats. Vi ska inte acceptera rådande skillnader i förutsättningar för hälsa. Vi kan påverka skillnaderna, men vi måste jobba aktivt för att kompensera dem som har sämst förutsättningar för hälsosamma levnadsvanor. Här behöver vi er politiska vilja, era tydliga prioriteringar och era ambitiösa mål för cancerpreventionspolitiken.

Den europeiska cancerstrategin ger oss just detta, så från Cancerfondens sida välkomnade vi den europeiska cancerstrategin. Faktum är att vi särskilt gladde oss åt inkluderandet i strategin av tydliga målsättningar även inom cancerpreventionsfrågorna, för målsättningarna från Bryssel var precis så tydliga och träffsäkra som vi hoppades att de skulle vara. Två bra exempel är målen om en tobaksfri generation till 2040 och målet om hälsovarningar på alkoholprodukter. Det här är två mål för att förebygga cancer som är lika visionära som de är konkreta.

Utmaningen här i Sverige handlar alltså om att se till att människor får faktiska förutsättningar för att minska risken för cancer, oavsett om det gäller tobak, alkohol eller matvanor. Här spelar ni politiker en avgörande roll. Det ska vara lätt att välja rätt för att kunna ha en sund livsstil, absolut. Men hur lätt är det egentligen för en ensamstående mamma i ett socioekonomiskt utsatt område att till exempel ha råd att köpa näringsrik mat till sina barn? Behöver vi inte göra mer för att underlätta för henne?

Och hur enkelt är det för barn och unga att motstå all den direktreklam för nya tobaksprodukter som väller in i deras skärmar, särskilt när det är favoritinflueraren som marknadsför tobaksprodukter som något fräscht? Behöver vi inte en uppgraderad reglering av marknadsföring för produkter som skadar ungas hälsa?

Den goda nyheten är att vi inte behöver uppfinna hjulet. Vi kan inspireras av EU:s evidensbaserade policymål. Det vi måste ha i åtanke är att sätta upp mätbara strategiska mål för de hälsosamma levnadsvanorna. Men det ska vara mål som inte glömmer bort det faktum att hälsan i Sverige inte är jämlik. Cancerfonden vill att människor ska ha valfrihet och att det ska vara lätt att välja rätt. Men för att nå dit måste förutsättningarna för alla att kunna skapa levnadsvanor först vara på plats.

Allt är inte en utmaning. Det finns positiva lärdomar från hur svensk politik redan använt offentliga styrmedel för att stärka folkhälsan, till exempel med vår restriktiva försäljning av alkohol. Alkoholmonopolet är en viktig byggsten för att förebygga cancer. Här kan vi faktiskt peka på den effekt vi kan se – att minskad tillgänglighet till alkohol leder till minskad konsumtion och därmed starkt bidrar till att förebygga cancer. Det gjorde vi bra! Och vi kan göra fler bra saker. Till exempel vet vi vilken viktig effekt hälsovarningar haft på tobakspaketen, så varför inte ha samma varningar på alkoholprodukter?

På Cancerfonden gör vi det vi kan inom civilsamhällets ramar för att Sverige ska vara ledande i implementeringen och måluppfyllelsen av EU:s cancerplan. Vi samlar aktörer i ett implementeringsnätverk, vi skriver debattinlägg och vi ordnar mötesplatser för dialog. Vi ställer också frågor till er politiker. Vi ger aldrig upp, och det gör tack och lov ingen annan i det här rummet heller. Men vi kan inte göra allt det ni politiker kan göra.

I vårt möte med er som representerar partier vet vi att det kan råda olika uppfattningar om hur mycket politiken ska reglera människors levnadsvanor. Men när vi på Cancerfonden pratar med er om cancerprevention utifrån en specifik målgrupp blir diskussionen lite annorlunda. Det blir plötsligt lite lättare att samarbeta och se fördelarna med att satsa på det förebyggande cancerarbetet.

Målgruppen är barn, för våra levnadsvanor grundläggs tidigt i livet. Och kanske är det lättare för oss att fokusera på barn eftersom vi vet att en 4-åring inte väljer vilken mat som serveras hemma. Vi vet också att en 13-åring inte kan välja bort skadlig marknadsföring på sin skärm eller i sin inbox. Det är helt enkelt lätt att förstå att det är vi vuxna som är ansvariga för förutsättningarna för barns levnadsvillkor och hälsa.

Sverige var ett av de första länderna i världen att erkänna de särskilda mänskliga rättigheterna för barn. Numera är barnkonventionen också gällande lag här i Sverige. En av de rättigheter som barn har är rätten till bästa möjliga hälsa. Men vad betyder det egentligen? Barnkonventionen säger inte att alla barn har rätt att vara friska. Det vore ju omöjligt. Men den säger att vi som samhälle är skyldiga att skapa förutsättningar för att våra barn ska ha det så bra som möjligt och må så bra som möjligt, till exempel genom att barn ska ha rätt till näringsrik mat och skydd från tobak.

I verkligheten rimmar dock de här fina orden rätt illa med insikten om att nio av tio som börjar röka här i Sverige gör det medan de är barn. Vi har en tobaksindustri som konstant tar fram nya tobaksprodukter, ofta riktade direkt till barn och unga. Det rimmar också illa med det vi för några veckor sedan kunde läsa i WHO:s rapport – att Sveriges barn nu ligger över genomsnittet i Europa vad gäller övervikt. Ett barnrättsperspektiv handlar alltså om både hälsa och hållbarhet; det ska vi komma ihåg.

Ja, våra levnadsvanor grundläggs tidigt. På Cancerfonden tror vi därför att vi når långt i vår ambition att beseгра cancer med en cancerpreventionspolitik som tar hänsyn till ojämlikheter och särskilt fokuserar på barns möjligheter att leva hälsosamma liv här och nu.

Men cancerprevention handlar inte bara om mjuka värden. Tvärtom handlar en politik för stärkt hälsa ofta om att ta tuffa beslut som inte alltid är så populära. Det kan handla om reglering, avgifter och öronmärkta medel. Men när det gäller hälsan tycker vi att det är värt att vara lite impopulär. Se bara vad vi lyckats åstadkomma på tobaksområdet för att minska rökning! Vi höjde tobaksskatten, vi införde rökförbud och vi reglerade tillgängligheten. Rökning och cancer gick därför markant nedåt. Givet den erfarenheten vet vi att vi kan göra mycket för att främja hälsosamma levnadsvanor.

Här i Sverige vill vi ju gärna vara bäst i klassen. Men tittar vi på Europe's Beating Cancer Plan ser vi att vi har mycket att inspireras av från Bryssel. Med EU:s cancerplan som inspiration finns det anledning att fundera på hur vi ska gå vidare från ambition och vision till konkreta mål och handling. Till exempel kunde den svenska cancerstrategin inkludera ett mål om att de påverkningsbara cancerfallen ska ha minskat med 30 procent till år 2030.

En av tre får cancer, men alla drabbas. Jag började det här anförandet med Magnus ord, men jag vill avsluta med att säga att vart tredje cancerfall hade kunnat undvikas och ska undvikas. Låt oss nu ta chansen att göra det vi kan – tillsammans!

Ordföranden: Vi går vidare till Camilla Thellenberg Karlsson. Varmt välkommen fram! Du är adjungerad universitetslektor vid Umeå universitet och också överläkare vid Norrlands Universitetssjukhus.

Camilla Thellenberg Karlsson, Umeå universitet: Tack så mycket för möjligheten att vara här i dag och prata om det jag gör vardagsvis! Jag är läkare och har mitt huvudsakliga fokus på prostatacancer, varför en del exempel jag kommer att ta i dag har det ursprunget.

Vi har en stor behandlingsarsenal när vi ska behandla våra patienter. Jag blev ombedd att i dag prata om mer konventionell behandling, som strålbehandling och cytostatika. Av tidsskäl väljer jag att fokusera på strålbehandling, men vi har många andra saker att använda.

Jag kommer i dag att försöka visa vad vi gör på golvet för att omsätta cancerplanen på olika sätt. Områden jag kommer att fokusera på är hur vi minskar biverkningar, vilket i förlängningen påverkar patienternas livskvalitet efter behandling. Det är hur vi sparar resurser så att vi kan ge vård till så många patienter som möjligt och vilken forskning och vilka framsteg vi gör på det området. Det är också den utveckling som finns inom strålbehandlingsområdet och hur vi kommer framåt.

När det gäller att minska biverkningar är en teknik som kan synas väldigt enkel men som är på ingång i större delen av Sverige, i stort sett genomförd, den behandling som kvinnor med bröstcancer får efter den medicinska behandlingen. Det vill säga att man strålbehandlar området där bröstet har suttit eller det bröst som är kvar för att minska risken för återfall.

Tekniken går ut på att kvinnan tar ett djupt andetag och håller andan, och under tiden hon håller andan strålar vi. Då är strålen på. När kvinnan inte längre förmår hålla andan – det kanske handlar om 15–20 sekunder – känner sensorer av det, och då slår vi av strålen. Det är en bra teknisk utveckling. På det här viset får vi mindre volym av lungan som blir påverkad av strålningen. Men det vi framför allt vinner på längre sikt är minskad risk för hjärt-kärlsjukdomar, för som den här bilden visar kommer hjärtat till större delen ut ur strålfältet. Det kan tyckas som en väldigt liten och enkel sak, men för en 50-årig

kvinna som får bröstcancer och ska leva i kanske 30–40 år till är det väldigt viktigt att minska risken för hjärt- och kärlbiverkningar.

Samma sak handlar det om på den här bilden. Kan vi flytta ut känsliga organ från det område som vi ska strålbehandla? Det här är en magnetkamerabild över ett bäcken där vi har en prostata som vi ska behandla med strålning. Då kan man injicera en gelé mellan ändtarmen och prostatan. Gelén flyttar isär de organen kanske en centimeter, och en centimeter betyder en betydligt minskad risk för att man ska få blödningar i tarmen på sikt och minskad risk för att man ska få mycket diarré eller gaser.

Risken för de här biverkningarna har blivit mindre på andra sätt också, men här kan vi ta ned den ytterligare. Man kan säga att på det här sättet kan vi få ned dosen till ändtarmen med 70 procent, vilket omsätts påtagligt i risken för biverkningar.

Andra sätt att öka precisionen i strålbehandlingen är att vi använder något som vi kallar markörer. Ofta används små guldorn, ungefär en eller en och en halv millimeter stora, som man med en tunn nål injicerar i ett organ, till exempel en prostata, eller i en gynekologisk tumör i bäckenet.

Bilden till höger visar en strålapparat som också har en inbyggd skiktröntgen. Tekniken har blivit så bra nu att vi med denna skiktröntgen kan låsa fast på de här guldmarkörerna under tiden vi ger strålbehandlingen. Tro det eller ej, men inre organ ligger inte helt stilla. Om de rör sig under tiden vi ger strålbehandling kan vi detektera om de flyttar på sig, och då kan vi bryta strålen och positionera om så att vi kommer rätt. Genom att göra det kan vi återigen spara känsliga organ, till exempel ändtarmen.

Den här tekniken införs på bred front i Sverige i dag. Alla sjukhus är inte fullt ut där än, men alla är på gång. Det ligger också väl i linje med hur det ser ut i övriga Europa. Alla de här sakerna påverkar livskvaliteten för patienterna som ska leva med sin canceröverlevnad.

Att spara resurser är ett viktigt område. Här har Sverige faktiskt varit ledande i att ta fram den behandlingsprincip som vi kallar hypofraktionering. Det betyder att man ger större stråldoser men vid färre tillfällen. Bilden visar hur det såg ut för prostatacancer tidigare. Vi höll på och behandlade i åtta veckor. Patienterna behövde ganska många gånger vara långt hemifrån eftersom strålbehandlingsenheterna inte finns på alla små sjukhus, så åtta veckor hemifrån för att genomgå den här behandlingen. Forskningen har visat att sju behandlingar ungefär varannan dag, det vill säga att det tar två och en halv vecka i stället, är lika bra. Man överlever sin cancer lika bra, och man får inte fler biverkningar.

Det här är en jättestor behandlingstvinst för patienten, som behöver vara hemifrån kortare tid. Men vi ser också en vinst när vi tittar på hur det här genomförs i Sverige i dag. Bilden visar siffror från prostatacancerregistret. Där ser man att 2018, när resultaten av den här studien publicerades, går kurvan rakt upp för den kortare behandlingen medan den sjunker för den långa behandlingen. På det här sättet har vi för patientgruppen det handlar om sparat 19 000 behandlingstillfällen på våra strålbehandlingsavdelningar. Det är alltså

19 000 slottar som vi kan behandla andra patienter på i stället för de här åtta-veckorsbehandlingarna.

Det är samma sak vid bröstcancer. Jag vet att onkologer gillar sådana kurvor som på bilden, men jag har dem med bara för att visa att de ligger som ett helt streck på varandra. Det här handlar om bröstcancer. Kan man även här korta behandlingstiden för patienterna?

Standard i dag är 15 behandlingar och tre veckor på strålbehandlingsavdelningen. Den här studien visar att vi kan kapa det till en tredjedel. Det här har kommit smygande under pandemin, när vi ville ha sköra patienter lite mindre i sjukvården och i kontakt med mycket folk. Men skulle vi utföra det fullt ut i dag på alla kvinnor som ska ha bröstbevarande strålbehandling skulle vi kunna spara kanske 30 000 behandlingstillfällen. Återigen skulle vi frigöra väldigt mycket resurser till ytterligare andra strålbehandlingspatienter.

Framtiden för att vi ska kunna bota fler patienter handlar om att vi använder oss av teknik som hjälper oss att veta mer om biologin vid cancer. Hur ser cancer ut? En tumör är inte en rund klump. Den har många olika delar i sig, och den har många egenskaper i sig. Hur ska vi kunna ta reda på det?

Ett sätt är att använda ny bildteknik. Jag kommer in på några bilder sedan. Vi kan förstås också använda lite av det som tidigare talare varit inne på – molekylär testning och gentestning på de tumörbitar vi tar. Det är en väldigt bra studie som har testat det här, en nederländsk studie där man har tittat efter om det kan vara så att vi i delar av en prostatacancer behöver ge lite högre dos. Man har försökt göra det och dessutom lyckats visa att genom att skraddarsy behandlingen får man faktiskt fler människor som överlever sin cancer. Kurvorna på bilden illustrerar det – de går faktiskt isär. Det här är bättre, inte lika bra.

Men hur ska man kunna se tumören? Vi behöver bildgivningsteknik för det. Det är det stora enskilt viktigaste inom strålbehandlingen. Här har vi bilder från magnetkamera. Vi kan ”tweaka” de bilderna på olika sätt för att se egenskaper hos tumören. Den lilla rödmarkerade delen är det område som verkar farligast. Det ska vi lägga lite extra krut på att behandla.

Vi kan också använda PET-kamera till detta. Det är en lite nyare teknik. Tillgången till den är inte särskilt väl utbredd i Sverige. Den finns på universitetssjukhusen och enstaka länsjukhus, så resursen är lite knapp. Men även här kan man avbilda olika egenskaper hos tumörerna för att kunna skraddarsy behandlingen. Det som vi vill att det ska komma till är att vi gör en anpassad strålbehandling för varje patient. Nu har jag bara visat exempel på prostatacancer, men det här försöker vi ta fram även för till exempel huvud- och halscancer och för gynekologiska tumörer så att det är över hela cancerspektrumet.

Nästa steg i teknikutvecklingen är att försöka kombinera strålbehandlingen med bildteknik samtidigt. Bilden visar en kombinerad magnetkamera och strålbehandlingsapparat i ett. Det här finns på ett ställe i Sverige i dag – i Uppsala. I våra nordiska grannländer finns det i Oslo och i Köpenhamn och Århus. Men det är på gång, och det är lite grann på samma sätt i övriga Europa – det kommer fler och fler sådana här apparater.

Det jag vill att ni kommer ihåg i dag är att teknikutvecklingen är på god frammarsch inom strålbehandlingen. Vi gör goda landvinningar som gör att vi kan spara resurser, minska biverkningar och förbättra livskvaliteten.

Med det vill jag tacka så mycket för uppmärksamheten.

Ordföranden: Mycket hoppningivande att se den utveckling som pågår!

Vi går vidare till Roger Olofsson Bagge, som är docent och adjungerad universitetslektor vid Göteborgs universitet. Han är också överläkare vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Roger Olofsson Bagge, Göteborgs universitet: Stort tack, fru ordförande, presidiet och utskottet, för att jag får komma hit i dag och prata!

Jag var här för några år sedan och pratade om bröstcancer. Nu tänkte jag ge min bild lite mer från golvet. I går hade jag mottagning och träffade patienter. I dag är jag här. I morgon ska jag operera, och på lördag åker jag till cancermöte i USA. Så ser min vardag ut. Jag lever mycket i det vi har pratat om här.

Vi pratade precis prostatacancer. Nu blir det lite bröstcancerfokus, i varje fall som exempel. Så här som på bilden började behandlingen av bröstcancer. Man opererade. I dag har vi mycket mer behandling. Vi har fortfarande kirurgi. Vi har strålbehandling, som vi precis hörde. Vi har antihormonell behandling, kemoterapi, målstyrd behandling och inte minst screening.

Alla de här sakerna är det som har gjort att vi gått från att ungefär hälften av patienterna med bröstcancer överlevde på 70-talet till att nästan 90 procent av våra patienter överlever i dag. Det beror på den här utvecklingen och att vi har alla de här behandlingarna.

Men jag tänkte så här: Om jag nu får chansen att komma hit ska jag ge er min syn på frågorna på den här bilden. Har Sverige en cancervård i världsklass? Om vi har det, varför har vi det? Kommer vi att ha det om tio år, och vad är möjligen hotet mot att ha det om tio år?

Om man tittar på europeisk nivå kan man titta på andelen patienter avlidna i bröstcancer per 100 000 invånare. Ni som läser snabbt kan se på bilden att vi faktiskt hamnar på tredjeplats där. Det har vi gjort de senaste årtiondena. Sverige får brons, och det får vi i nästan varenda cancergren eller sjukvårdsgren vi ställer upp i. Svensk sjukvård, inte minst cancersjukvården, är väldigt bra. Det får man inte glömma bort när man pratar om allt som alltid är lite dåligt. Kom ihåg det här – brons i år igen!

Varför är vi då duktiga? Återigen är det här mina synpunkter. Det är forskningen. Forskning är framtiden. Så som vi behandlar cancer i dag kommer vi inte att behandla cancer om 20 år. Vi kommer kanske till och med att tycka att mycket vi gjorde i dag var fel.

Det ger patienter möjligheter att vara med i nya kliniska studier. Det kan vara patienter som fått all behandling och vill få del av nya läkemedel. Men det vi ibland glömmar bort är att det också ger möjlighet för kliniker, läkare och sjukhus att förbereda sig för det som ska komma. Har man varit med i en

studie i två år har man lärt sig att hantera en ny strålkanon eller ett nytt läkemedel, så när det väl är på plats är man redo att starta. Det glömmet vi bort lite. Det är väldigt viktigt för sjukhus att vara med i studier. Det skapar också den här innovativa miljön. Vi hade skogen och malmen här, men nu är det Spotify och life science som gäller. Det gäller att vara med i det, för det är det som skapar utveckling.

Det är det första. Det andra är att vi lever i ett välfärdssamhälle. Vi har tillgång till all denna behandling. Det tar vi för självklart, men – det kommer jag tillbaka till – snart är det kanske inte riktigt lika självklart.

Det är också det som Hans Hägglund tog upp: vårdprogram. Vi har nu faktiskt möjlighet att styra rätt behandling till rätt patient och säkerställa att det här når alla patienter, för det är det som gör att vi får en jämlik vård. Vården ska vara innovativ, effektiv och jämlik. Det är de tre grejerna som jag tror har gjort att vi är så bra som vi är i dag.

Då är frågan: Kommer vi att slå oss för bröstet om tio år också? Kanske inte. Om vi tittar på antalet kliniska studier i Sverige minskar de ganska drastiskt under åren. Det kan man ha en egen diskussion om efteråt varför det är så.

En positiv sak är att antalet nya läkemedel ökar varje år. Dessa uppgifter kommer från den amerikanska läkemedelsmyndigheten. Man kan se att det fram till 1990-talet kom två läkemedel per år, ett på våren och ett på hösten. Det var jätteenkelt att vara doktor då. Nu kommer det i princip ett i veckan eller ett varannan vecka.

Men även priserna ökar. På bilden visas en logaritmisk skala. Fram till 1990-talet kostade ett läkemedel 100 dollar och upp till 1 000 dollar per månad. Nu pratar vi om 10 000 dollar och upp till 100 000 dollar per månad. Dessa nya läkemedel är alltså en enorm kostnad som kommer att ge besvär för sjukvården, minst sagt.

Jag tänkte koppla tillbaka till mitt eget sjukhus, onkologen på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Tittar man på hur det såg ut fram till 2018 kan man se att det var ungefär lika stor personalbudget som läkemedelsbudget. Det är de två stora kostnaderna för en onkologiklinik. Men vad har hänt under de senaste tre åren? Jo, kostnadsökningen för läkemedel motsvarar i princip en tredjedel av personalbudgeten. Om man då ska hålla en nollbalans får man sparka en tredjedel av medarbetarna på en treårsperiod. Och det kommer att fortsätta på detta sätt.

Lösningar och utmaningar har vi också varit inne på, och precisionsmedicin, som låter väldigt fint. På bilden visas hur vi i princip i ärlighetens namn fortfarande behandlar de flesta patienter. Patienter är egentligen väldigt olika. Men vi klumpar ihop dem, och de får samma behandling. Några har effekt, och några, kanske de flesta, har inte effekt. Och många människor får biverkningar. Idén är att gå till det som vi populärt kallar precisionsmedicin, nämligen att vi lägger till någon av form av diagnostiskt test däremellan som gör att vi kan styra rätt behandling till rätt patient. Problemet är att vi fokuserar väldigt mycket på GMS, gensekvensering och så vidare för att få fram dessa tester. Men det kommer inte att vara så enkelt som att man kommer att kunna säga

att en viss patient ska ha kemoterapi och en annan inte ska ha det, utan det är alltid en gråskala.

Då kommer det att handla om kompetens och styrning av cancersjukvården. Kompetens handlar helt enkelt om vem som har kompetens att bestämma över dessa behandlingar och styrningen handlar om vem som bestämmer över införandet. Detta är faktiskt lite vagt i mina ögon.

Ett svar på frågorna är utvecklingen av Comprehensive Cancer Centers, som också vår kommissionär var inne på. I Sverige har vi i dag tre sjukhus som har blivit certifierade. Det är Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus. Även om vi kämpar emot är en centralisering av cancersjukvården oundviklig. Den måste bli det. Med 35 nya läkemedel per år och med skenande kostnader för dem kommer cancervården att behöva centraliseras. Vi kanske ska ha sex sådana centrum i Sverige. Sedan betyder det inte att all behandling måste centraliseras. Det finns massor med behandlingar som kan ske på andra sjukhus. Men den avancerade cancersjukvården kommer att behöva centraliseras.

Sedan kan jag lite grann sakna en tydligare styrning. Vi har de nationella vårdprogrammen, och vi har de nationella registren. Men om jag frågar våra nationella register i dag hur många patienter med malignt melanom som har fått immunterapi vet man inte det. Men behandlingen kostar 1 miljon kronor per år. Men man vet alltså inte det. Ger den någon effekt? Det vet man inte heller. Vi har alltså en väldigt dålig återkoppling till vårdprogrammen. Vi har också en omständlig införandeprocess av nya läkemedel, måste jag faktiskt säga. Där tror jag att man måste skala bort några steg. Men det kan vi återkomma till sedan.

Jag ska sammanfatta. När det gäller forskning, forskar alla sjukhus i dag på riktigt? Gör de verkligen det? Ingår alla patienter som har rätt att gå med i studier? Får de denna chans? Nej, det får de inte. Finns det incitament? Ja, det kanske gör det om man skapar Comprehensive Cancer Centers. Då får man ett externt tryck på sjukhusen att de måste göra detta.

När det gäller behandling är det ett ojämlikt införande. Behandlingar införs ojämlikt i Sverige beroende på sjukhus och beroende på lokala budgetar. Kostnaderna hamnar på fel nivåer. Enskilda kliniker drabbas då av jättestora kostnader. Och behandlingar införs långsamt.

När det gäller vårdprogrammen är det oklara mandat i fråga om vem som äger rätten att skriva vårdprogrammen jämfört med vem som ska betala för kostnaden. Tempot att förnya vårdprogram är alldeles för långsamt. Det tar minst ett till två år, medan det kommer i princip ett läkemedel i veckan. Jag kan också säga att det delvis också är bristande kvalitet i våra svenska vårdprogram. Jag tror att man kan göra processen mycket enklare och inte behöva uppfinna hjulet på nytt hela tiden utan exempelvis kopiera från andra länder. Vi saknar också effektiv uppföljning av våra register.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Jag tackar för inbjudan och för att jag får möjlighet att vara här.

Inledningsvis måste jag instämma i det som alla de tidigare talarna har sagt om att Sverige har haft ett väldigt långsiktigt, uthålligt och strategiskt arbete med cancerfrågorna. Det har löpande följts upp, bland annat från Socialstyrelsens sida men också på många andra håll. I takt med det har vi reviderat åtgärder och implementeringsstöd. Det som vi sett i uppföljningen är att väldigt mycket positivt har kommit utifrån denna strategi – det långsiktiga arbetet, samsynen, fokuset på kunskap, kompetensutveckling, RCC, standardiserade vårdförlopp och allt som har nämnts här.

Men vi har också fångat en del luckor i vårt arbete. I den senaste uppföljningen gäller det framför allt rehabilitering, förebyggande insatser och att det fortfarande finns variationer. Vi har inte den likvärdighet i kvalitet och tillgång som vi vill ha. Det är också ganska stora variationer bland annat när det gäller hur RCC samarbetar med kommuner och primärvård. Och vi vet att primärvården har en väldigt viktig roll i svensk cancervård. Det har också nämnts här tidigare att barnperspektivet saknas i strategin. Det finns alltså vissa luckor.

Men vi ser också EU:s cancerplan som en mycket ambitiös och viktig plan för att vi som medlemsstat ska kunna ta steg framåt tillsammans med EU. Men vi bedömer, precis som har sagts här av flera tidigare talare, att vi måste jobba mer samordnat nationellt för att kunna få en effektiv implementering både nu och framöver. Den liknar cancerstrategin på många sätt, men den är något mer specifik. Vi ska jobba med implementering, och vi behöver en strategi för hur vi ska implementera den på nationell nivå.

Vi ser att vi behöver vara många i fråga om detta eftersom det är många områden som ligger utanför RCC och som adresserar helt andra delar av systemet. I detta arbete finns det, vilket nämdes tidigare av kommissionären, en subgrupp, SGPP, som arbetar med implementeringen. Där är bland annat Socialstyrelsen representerad. Vi bistår med att utse svenska experter, svara på enkätfrågor och tillsätta arbetsgrupper där svenska kompetenser ska vara representerade. Det finns också flera tematiska grupper under denna subgrupp som bland annat jobbar med jämlikhet och med att följa upp det via registerdata.

Till detta arbete med EU:s cancerplan är flera Joint Actions kopplade. Vi har hört om en tidigare med Comprehensive Cancer Centers. Det finns också Joint Actions som handlar om e-hälsa och hur vi kan jobba mer med hälsode-terminanter. Det handlar också om jämlikhetsperspektivet. Även här behöver Sverige ha en väldigt aktiv roll. Tre av dessa pågår, de förenade arbetena, och två kommer att utlysas senare i år.

Jag vill säga något om det förebyggande arbetet. Sverige har haft ett stort fokus på det på senare år, inte minst i omställningen av god och nära vård där det nu är lagreglerat på ett tydligare sätt att vi ska arbeta mer preventivt. Då är också det cancerpreventiva arbetet viktigt. Vi behöver såklart koppla det till frågor om kompetensförsörjning och forskning – kommunernas möjligheter att vara med i forskning om prevention och tidig upptäckt samt primärvårdens möjligheter att ännu mer delta i forskningen här, så att vi inte förlägger all forskning till universitetssjukhus och sjukhus.

Vi har också allt vårt arbete i form av nationella riktlinjer som adresserar frågan om det förebyggande arbetet och framför allt ohälsosamma levnadsvanor, där Sverige var väldigt tidigt ute med nationella riktlinjer på detta område i fråga om tobak, alkohol, fysisk aktivitet och kost. Det är frågor som vi vet länkar mycket till våra möjligheter att förebygga cancer. De har också varit kopplade till flera stöd för implementering, inte minst ekonomiska stöd till professionsorganisationerna för att vi ska jobba mer med dessa frågor och med effektiva evidensbaserade metoder för att stödja hälsosamma levnadsvanor.

Vi har nationella riktlinjer om missbruk och beroende, som också är tydligt kopplade till cancer. Nyligen publicerades riktlinjer om obesitas som vi också hoppas ska kunna bidra till det förebyggande arbetet.

Jag ska inte säga något mer om HPV-vaccination utan snarare säga någonting om screening som är mycket viktigt för att på ett tidigt stadium upptäcka cancer. Här vet vi att vi har mycket att göra. Vi har ett bra screeningprogram nationellt i Sverige. Men vi lever med samma luckor år från år – grupper som inte fångas upp av screeningen. Även om vi har bra och evidensbaserade rekommendationer i själva genomförandet kan vi bli mycket bättre.

Vi har nu etablerat ett nytt samverkansforum för enhetlig och effektiv implementering av screeningrekommendationerna. Och vi tittar på hur vi ska kunna ta fram bättre lägesbilder, stöd för regional anpassning, eftersom detta går olika snabbt i olika regioner, och andra åtgärder så att vi kan få en mer jämlik tillgång till screeningen.

Vi anser också att uppföljningen är viktig, och jag tror att vi har en del kvar att göra för att få mer kunskap i uppföljningen – vilka åtgärder vi ska vidta och också sprida goda exempel. Det finns nämligen många bra åtgärder som pågår. Som kommissionären sa var detta ett eftersatt område under pandemin. Så vi kan sätta fart i fråga om det för att se om vi kan ta nya tag.

I fråga om rehabiliteringen släppte vi en rapport i veckan från Socialstyrelsen. Det är också ett område där vi behöver göra mer. Vi ”mappar” också mot EU:s cancerplan. EU:s cancerplan har ju plockat upp två viktiga saker, nämligen vikten av att patienten träffar andra personer som har blivit drabbade av cancer och vikten av digitalt stöd för det. Det finns med i denna canceruppföljning att det jobbas mycket digitalt, och vi kan göra ännu mer där. Det finns många mötesplatser för patienterna, och det är flera på gång. Och detta arbete behöver såklart fortsätta.

Den andra delen som lyfts fram i EU:s cancerplan är det som kommissionären tog upp om hur man ekonomiskt blir drabbad. Det är ett bredare perspektiv. I Sverige har vi inte sjukförsäkringar på samma sätt som man har i andra EU-stater, men vi har fortfarande problem med det som kommissionären nämnde om huslån, andra typer av försäkringar och ekonomiska stöd som vi naturligtvis behöver se över utifrån EU:s cancerplan.

Vi lyfter också fram att vi faktiskt behöver jobba mer med cancerrehabilitering och mer med implementeringen av det nationella vårdprogrammet som RCC i samverkan har arbetat fram och att vi behöver jobba framför allt med

patienten. Att tillsammans med patienten utforma och ta fram rehabiliteringsplanen är väldigt viktigt.

Till sist: Jämlik cancervård är kopplad till hälsodata och är utpekad i EU:s cancerplan. Där ”mappar” det väldigt bra mot det arbete som vi gör från svensk sida. Socialstyrelsen, men också andra myndigheter som Digg och E-hälsomyndigheten, har i uppdrag att fånga mer hälsodata på läkemedelsområdet, när det gäller väntetidsdata och primärvård. Allt detta kommer att vara jätteviktigt för våra möjligheter att följa upp tillgången till en jämlik cancervård av god kvalitet och för våra möjligheter att följa upp det preventiva arbetet.

Vi deltar i en undergrupp om just statistik och indikatorer. Vi tror att det är viktigt att hela tiden koppla tydliga indikatorer, apropå långsiktigheten i arbetet, både till EU:s cancerplan som vi utvecklar tillsammans med andra medlemsstater och såklart till vårt svenska arbete.

Ordföranden: Vi tar nu en paus och återupptar utfrågningen 11.05 då ledamöterna får möjlighet att ställa frågor till alla våra gäster.

(PAUS)

Mikael Dahlqvist (S): Fru ordförande! Jag tackar för intressanta presentationer på förmiddagen.

Min fråga är ganska konkret. Den är ganska svår att svara på, men den är viktig. Vi talar om ojämlik vård. Vi har hört det i ganska många år och konstaterat att det är så i vårt land. Min fråga är: Vad gör vi åt detta? Frågan är både till Socialstyrelsen och till SKR. Eftersom vi talar om cancersjukvård kanske även Hans Hägglund har någon idé om detta. Hur ser vi till att alla får rätt behandling?

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Jag uppfattar det som att frågan gäller ojämlikhet i den större bilden. Om man tittar på det lite djupare kan man se att det går åt rätt håll i vissa avseenden och på vissa områden. Det handlar ju om stora hälsosystemsfrågor.

Om man utgår från vad Världshälsoorganisationen säger är det, för att bekämpa ojämlikheten, ytterst viktigt att bygga ut primärvården. Primärvården är första linjens vård, och det är den som ska vara mest tillgänglig. Primärvården omfattas av både den kommunala primärvården och den regionala primärvården. Det gäller att bygga ut den så att man kan ha snabb tillgång och kontinuitet. Det är också viktigt med förtroendet för och tilliten till tillgängligheten. Det handlar om att ha en primärvård som har resurser för att erbjuda bästa tillgängliga vård; det kan gälla både psykisk och fysisk ohälsa. Det är en sak som WHO brukar peka ut som en nyckel.

Det andra som WHO pekar ut som en nyckel är att man ska ha låga finansiella trösklar in till hälso- och sjukvårdssystemet för en jämlik vård och hälsa.

När OECD och EU utvärderar ligger vi i Sverige i topp här; vi har väldigt låga ekonomiska trösklar tack vare högkostnadsskydd, låga patientavgifter, stora subventioner när det gäller barnsjukvård och vård för de allra äldsta personerna och så vidare. Det sticker fortfarande ut lite när det gäller tandvård, även om vi ligger ganska bra till internationellt också där. Det vi ska jobba med där är att ha fortsatt låga trösklar in ekonomiskt. Då brukar man också väga in sjukförsäkringssystem. Det är väl de två delarna som man pekar ut som väldigt essentiella för jämlikheten.

WHO och OECD har på senare tid också pekat ut den digitala omställningen som viktig för en jämlik hälsa, eftersom alla system nu kommer att vara med i den digitala omställningen – också hälso- och sjukvårdssystemet och omsorgssystemet. Här vet vi redan att ingången är ett digitalt utanförskap. En omställning till heldigitalisering kan förstärka gap och klyftor som vi har. Det kan också förstärka klyftor och gap när det gäller hälsolitteracitet och digital litteracitet över huvud taget – alltså kunskapen om hur man orienterar sig i systemet digitalt.

WHO och OECD har pekat ut att detta är en viktig uppgift att jobba med direkt i den digitala omställningen. Det gäller att titta på hur man inte bara gör mer digitalt utan också hur man i och med digital omställning kan svara mot lagstiftningens krav på jämlik hälsa och jämlik tillgång till god vård och omsorg. Det är väl dessa tre områden som jag skulle peka ut utifrån ett systemperspektiv.

Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner: Mycket klokt har ju sagts här, men jag tror att det är viktigt att vi utbildar medborgare och har en god kommunikation med medborgare om vad som orsakar till exempel cancer. Jag tror också att det är viktigt att vi har möjligheten att följa upp vad vi gör på ett bättre sätt än i dag. Det har till exempel med datadelning och automatöverföring i våra register att göra. I dag ägnar tusentals personer inom vården tid åt att överföra data från ett journalsystem in i ett register, och det blir en fördröjning. Här kan vi agera; vi kan göra det mycket snabbare.

När det landar i verksamheterna är detta en ledarskapsfråga och en systemfråga. Man måste ha en systemförståelse på golvet för hur det fungerar. Det måste också efterfrågas data i regionerna. Det måste finnas ett intresse från regiondirektörerna för hur det ser ut hos dem. Hur många kvinnor är det som genomgår bröstcancerscreening? Hur ser resultatet ut för den här operationen? Jag hör eller ser inte att detta efterfrågas. Vi har ett otroligt starkt fokus på produktion, men vi fokuserar väldigt lite på kvalitet.

Därför välkomnar jag Comprehensive Cancer Centers, som Roger visade. Det finns i dag tre sådana i Sverige, och tre till är på väg in. Det här garanterar en mycket bättre kvalitet, och det inkluderar forskning, utveckling och innovation.

Johan Hultberg (M): Fru ordförande! Tack till alla deltagare som har varit med hittills under dagen för en jättebra förmiddag så här långt!

Jag tycker att förmiddagen har belyst väldigt många olika områden. Ett område som jag gärna skulle vilja rikta lite ytterligare ljus på är frågan om eftervården och rehabiliteringen. Kerstin från Barncancerfonden var inne på detta, och hon får gärna utveckla hur vi skulle kunna stärka och förbättra rehabiliteringen och eftervården, särskilt för barnen. Hans Hägglund får gärna svara lite mer övergripande nationellt.

Till Hans Hägglund skulle jag också vilja ställa frågan hur vi med hjälp av hälsodata skulle kunna se till att utveckla svensk hälso- och sjukvård, i synnerhet cancervård, ytterligare. Här har vi i dag enorma bekymmer med lagstiftning som gör att vi inte kan gräva ur den guldgruva som hälsodata faktiskt är. Detta kan vara en viktig resurs för att göra vården mer individanpassad och för att kunna göra mer riktade förebyggande insatser och mycket av det som flera har varit inne på i sina föredragningar.

Kerstin Sollerbrant, Barncancerfonden: Jag tackar för frågan. Rehabilitering är ju en jättebesvärlig fråga, och det gäller inte bara barncancerområdet utan egentligen all rehabilitering. Jag tror att man behöver arbeta på nationell nivå, komma överens och ha vårdplaner för uppföljning, så att man kommer överens om vilka rehabiliteringsåtgärder som ska vidtas och så att det görs lika i hela landet. Det är viktigt att man får en bild av hur det egentligen ser ut i hela Sverige. Där kommer det här med registrering och uppföljning in igen.

Vi har, som många har sagt här i dag, väldigt många register, och en stor del av personalen ägnar jättemycket tid åt att registrera i register. Barncancerfonden finansierar också ett nationellt register, men om man tittar väldigt noga på dessa register ser man att kvaliteten på dem inte är den bästa. Kvaliteten kan bli väldigt mycket bättre, och det är någonting som vi verkligen behöver göra någonting åt, så att vi får dessa data och den kunskap som vi behöver för att sedan kunna komma till själva åtgärderna.

När det gäller digitaliseringen gäller det att vi i stället för att vi har massor av register som personalen ägnar timmar åt att registrera i får en mer direkt övergång från journalen. Det har många pratat om länge, men det behöver verkligen bli verkstad när det gäller detta. Det behövs också ett nationellt samarbete kring rehabiliteringen för att ta krafttag när det gäller detta.

Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner: Detta är såklart viktiga frågor. Vi vill ju förbättra livskvaliteten för våra cancerpatienter. Utvecklingen har gått snabbt. Vi har pysslat med kirurgi, strålning och kemoterapi och haft starkt fokus på att bota patienten, men där har det lite grann tagit stopp. Nu har vi en större kunskap gällande att när fler överlever behöver de också leva ett gott liv.

Rehabiliteringen börjar egentligen i samband med diagnosen – jag tror att det är någonting som man har fått en större förståelse för – och fortsätter sedan

livet ut. Den förebygger också andra sjukdomar; den ger inte bara en bättre livskvalitet. SKR och RCC i samverkan har gjort en hel del på det här området. Inte minst har vi en vårdprogramgrupp. Vi har tagit fram vårdprogram, variabler i kvalitetsregister och så vidare för att följa upp detta.

Min erfarenhet är att det första man drar in på i samband med budgetnedskärningar är just möjligheten till rehabilitering. Den som frågar patienterna kan få en upplevelse av att rehabiliteringen nog inte är så bra. Men frågan blir felställd, för vad är rehabilitering? Det är ju allt från fysioterapi till att ha tillgång till en logoped eller psykolog och information om sexuell hälsa. Det är så otroligt brett. Det finns en risk, tycker jag, att man nedprioriterar de här delarna i den produktionsstyrda vården. Där kan man bli bättre.

Vi behöver givetvis också informera patienterna om att ta ett eget ansvar; egenvården blir ju jätteviktig. Vi vet ju att resultatet av en operation blir bättre om man förbereder sig och tränar inför operationen, går ned lite i vikt, dricker mindre och så vidare. Egenvården blir alltså jätteviktig. Där behövs information, kommunikation och utbildning.

Det ställdes en fråga om hälsodata. Det är ju helt grundläggande för att kunna driva utvecklingen i vården. I verksamheterna kan hälsodata användas för den dagliga styrningen. Vi vet att de verksamheter som använder data i den dagliga styrningen kan utveckla sin verksamhet mycket snabbare och på ett mycket mer effektivt sätt. Det är också en utveckling av vården i stort att ha tillgång till data. Det gäller även, som vi var inne på tidigare, att upptäcka de här ojämlikheterna, ta vara på dem och fortsätta att driva mot en mer jämlik vård.

Det är viktigt med hälsodata, framför allt nu när vi har nyare och dyrare läkemedel. Är de effektiva? Är det värt att lägga 4 miljoner på behandling av en blodcancerpatient? Vad får vi ut egentligen? Som Roger var inne på kan vi inte svara på det i dag.

Vi måste kunna besvara de här frågorna. Vi måste kunna förbättra vården. Vi får dock inte öka den andel av bnp som läggs på vården, utan jag skulle säga att vi kan göra det här med befintliga medel om vi prioriterar rätt och kan följa upp på rätt sätt och göra rätt insatser och satsningar.

Per Ramhorn (SD): Vi har i dag bland annat pratat om de standardiserade vårdförloppen inom cancervården. År 2015 införde man detta i Sverige, med Danmark som förebild. Det var bra, men efter sju år med de standardiserade vårdförloppen är resultatet fortfarande inte bra. När det gäller de två stora cancersjukdomarna, bröstcancer och prostatacancer, får mindre än hälften av patienterna vård i tid enligt de standardiserade vårdförloppen, vilket ingen kan vara nöjd med.

Min fråga går till Socialdepartementet. Vilka åtgärder har regeringen vidtagit för att cancerpatienterna ska få vård inom maximal ledtid inom de standardiserade vårdförloppen?

Cecilia Halle, Socialdepartementet: Jag skulle nog vilja säga att de standardiserade vårdförloppen trots allt har åstadkommit oerhört mycket för tillgängligheten i Sverige. Saken är att förväntningarna är högt ställda, och det maximala antalet dagar som sätts upp i varje standardiserat vårdförlopp är satt utifrån att allt är optimalt i vården. Utan väntetider, med all personal på plats och utan några sjukdomar bland personalen skulle vården inte behöva ta mer än de här dagarna. Kraven på de standardiserade vårdförloppen är oerhört högt ställda, så jag är egentligen inte förvånad över att man inte når upp till dessa ledtider. Men det är oerhört viktigt att man strävar mot det optimala, och det är någonting som regeringen har satsat stora medel på sedan satsningen infördes 2015. Regionerna har fått omkring 400 miljoner per år för att vidta de åtgärder som de tycker är mest rimliga i den egna regionen för att de ska kunna nå det maximala antalet dagar som en åtgärd ska ta.

Sofia Nilsson (C): Jag tackar för en fantastiskt intressant förmiddag.

Som ni inledde med att säga kan 40 procent av våra cancerfall förebyggas. Jag upplever att vi på ett sätt har lyckats när det gäller rökningen – folk vet att rökning kan leda till lungcancer. Men ett område där jag upplever att vi inte alls har lyckats på samma sätt i befolkningen är alkohol och fetma. Man har inte samma kunskap om att detta kan leda till cancer som man har när det gäller rökning.

Min första fråga går till Socialstyrelsen. Hur tänker man där? Finns det planer på en kunskapsuppdatering för befolkningen för att vi ska kunna göra mer själva?

Jag vill fortsätta med att tala om det förebyggande arbetet. Detta är en fråga som går till Barncancerfonden och till Cancerfonden. Vi vet att fetma är någonting som verkligen är en riskfaktor när det gäller cancer. Ni pratade om att barn inte på samma sätt väljer vilka produkter de utsätts för eller vilka produkter de äter eller får på bordet av sina föräldrar. Det är ju svårt att gå in och styra vad familjer ska välja, men ser ni några konkreta saker som vi på samhällsnivå skulle kunna göra vad gäller reklam eller exponering för att få bättre livsmedel eller för att välja bättre produkter till våra barn? Det går att inspireras av hur andra länder har gjort.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Jag håller med om beskrivningen – vi har mycket kvar att göra när det gäller alkohol och fetma.

När det gäller alkohol pågår det nu en översyn av riktlinjerna just för att titta på kopplingen till bland annat cancer och för att se om vi behöver revidera riktlinjerna i det avseendet och lyfta fram detta samband. Det finns inga normer i Sverige i form av antal glas eller liknande, men det finns gamla kvarlevor som vi behöver adressera i den här översynen. Detta gör vi såklart tillsammans med Folkhälsomyndigheten.

När det gäller fetma, eller obesitas, blir det ju ett stort steg när vi lyfter fram detta som en sjukdom. Vi har kunskap om hur man behandlar det. Som

patientorganisationerna uttrycker sig ger detta en annan status och tyngd till det här. Kopplingen till cancer finns också i de riktlinjerna.

Kunskapsspridningen till den övriga befolkningen är en fråga som vi jobbar med tillsammans med Folkhälsomyndigheten. Där görs det ett omtag efter pandemin, eftersom vi nu har möjlighet att lägga ännu mer fokus på breda hälsofrämjande insatser i det breda folkhälsopolitiska spektrumet. Det sker bland annat ett samarbete inom ramen för vad vi kallar rådet för statlig kunskapsstyrning, där Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, kommunerna och regionerna ingår tillsammans med andra myndigheter. Där tittar vi nu på hur vi ska kunna jobba med folkhälsoåtgärder, information och effektiva insatser. Då blir ju informationen till allmänheten en fråga.

Vad gäller riktad information om kopplingen mellan å ena sidan alkohol och fetma och å andra sidan cancer har vi inget specifikt arbete på gång nu, men det är möjligt att man kan tänka sig det framöver.

Kerstin Sollerbrant, Barncancerfonden: Jag håller verkligen med om det här om kunskap. Att rökning är farligt vet ju alla från väldigt unga år, men när det gäller kost är kunskapsnivån mycket lägre. Jag tror att man måste satsa mycket mer på att få ut den här kunskapen till föräldrarna och framföra budskapet att det är väldigt viktigt att föräldrarna är goda förebilder för sina barn. Det är ju som med att cykla: En förälder kan inte säga att barnen ska ha cykelhjälm utan att själv ha det. Det är likadant här; man måste leva som man lär. Det är väl det viktigaste för att redan under barnåren förebygga cancer i vuxen ålder.

Det är inte dessa faktorer som gör att barn får cancer, utan det är helt andra faktorer. Det handlar snarare om till exempel genetiska defekter – man tror att 10–20 procent av all barncancer är ärftlig. Det är alltså helt andra faktorer som spelar roll där, men det är klart att barn och föräldrar måste påverkas för att de inte ska få cancer senare i livet.

Lisa Klefbom, Cancerfonden: Tack så jättemycket för frågan!

Det finns såklart jättemycket som behöver göras på just det här området. Vi på Cancerfonden släppte en rapport i våras där vi tittade på vilken politik som finns när det gäller övervikt och att förebygga cancer på det området.

Jag ska nämna två konkreta åtgärder som vi förespråkar i den rapporten. Vi har pratat mycket om en producentavgift för sockersötad dryck. Vi ser att det finns en tydlig koppling mellan å ena sidan sockersötad dryck och å andra sidan övervikt och fetma. Vi tror också att man behöver titta mer på reklam och marknadsföring av ohälsosamma livsmedel och hur detta är riktat mot barn. Där finns det mycket som vi inte vet, men vi vet att detta är någonting som man behöver se över och som man skulle kunna behöva reglera mer eftersom lagstiftningen inte har hängit med.

Karin Rågsjö (V): Fru ordförande! Tack för en väldigt bra förmiddag, måste jag säga! Sverige ligger verkligen i framkant; det kan vi i alla fall vara överens om.

Det är dock en sak som skaver, tycker jag. Det är de regionala skillnaderna på diverse områden. Som exempel tar jag implementeringen av screening för tjock- och ändtarmscancer, som verkligen verkar ske i långa etapper. Implementeringen går ju vansinnigt långsamt. Sist ut är Västra Götaland 2028. I Stockholm har det här rullat på ett bra tag. Det blir ju vansinnigt ojämnt för personer som inte får det som de behöver.

Min fråga går till departementet, Socialstyrelsen och SKR.

Cecilia Halle, Socialdepartementet: Frågan var vad vi gör åt regionala skillnader. Jag skulle säga att ojämlikhet i vården – i det här fallet cancervården – är den stora framtidsfrågan. Riskerna för ojämlikhet blir ju inte mindre med den utveckling vi ser när det gäller ny diagnostik, screeningmöjligheter och behandlingsmöjligheter.

Jag och departementet är väldigt glada att vi äntligen är på rull med screening för tjock- och ändtarmscancer. Detta har tagit alldeles för lång tid; något annat kan man inte säga. Vi försöker att göra vad vi kan genom de verktyg vi har för att ligga på det nationella arbetet. Vi har haft med de här insatserna kring just screening för kolorektalcancer i överenskommelserna. Det är vad vi kan göra, och det har avsatts medel för det från nationellt håll.

Katarina Fredriksson, Socialstyrelsen: Vi har jobbat just med samordningen kring screeningfrågorna. Det nationella screeningprogrammet har vi ju tagit fram för några år sedan.

Vi jobbar tillsammans med SKR och RCC i samverkan kring de här frågorna, där en ny samordnare nyligen har tillsatts som jobbar just med implementeringen av screening för tjock- och ändtarmscancer. Flera regioner är på gång. Arbetet beräknas vara utrullat i Sverige till 2026, det vill säga ett år efter det som står i EU:s cancerplan. Men vi är på god väg att rulla ut screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer i Sverige.

Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner: Karin, du har helt rätt. Men jag vill nyansera bilden lite. Det har varit en studie som har pågått sedan 2014 fram till ett par år sedan inom området för att vi skulle lära oss hur vi ska implementera detta på bästa sätt. Dessutom är det här ett komplext program. Det är inte en röntgenbild som man kan titta på, utan det är en undersökning där det finns risker. Vi behöver också kompetent personal för att kunna göra rätt bedömningar. Man måste ha full respekt för att det är ett komplicerat program.

Men här skulle jag gärna se en tydligare styrning. Om Socialstyrelsen rekommenderar ett program kan det inte vara fritt valt arbete i regionerna. Vem vill bo i en region där man inte infört screening? Inte jag i alla fall.

Emma Spak, Sveriges Kommuner och Regioner: Vi har jobbat med vaccinationsprogrammet när det gäller cervixcancer, som inte ligger i Socialstyrelsens rekommendation. Där har vår politiska ledning i SKR fattat beslut om att rekommendera våra medlemmar att samtliga gå in i den studien. Det är ett sätt som vi kan jobba på från den nationella nivån och försöka få till en ökad jämlikhet där. Det är en sådan insats.

Pia Steensland (KD): Jag vill såklart instämma i alla tack för en väldigt gedigen bild av allt från det preventiva arbetet med vård och behandling till forskning. Jag kan också bara instämma med vikten av ett mer samlat nationellt ansvar i de här frågorna.

Jag vill först bara ställa en uppföljningsfråga till Cecilia Halle angående de standardiserade vårdförloppen. Jag tänker att tidsgränserna i de standardiserade vårdförloppen ju är grundade på medicinska bedömningar för hur vi ska få det bästa utfallet av behandlingen och hur vi ska rädda liv.

Ser vi problem med att vi inte kan uppfylla detta? Jag kanske tolkar det fel, men jag tänker att om vi ser problem med bemanning och kompetensförsörjning är det ju där vi måste sätta in insatser för att hitta problemlösningar, i stället för att säga att tidsgränserna i de standardiserade förloppen ska vara målsättningar. Jag vill gärna ha ett förtydligande av hur regeringen tänker där.

Sedan är det detta med kliniska prövningar. Sverige har ju varit ett framgångsland när det gäller att vi faktiskt kan ha den bästa forskningen och den bästa miljön för att ha kliniska prövningar. Jag har ju nåtts av de här signalerna tidigare, när det gäller hur antalet kliniska prövningar minskar i Sverige. Det är otroligt oroväckande.

Roger Bagge, du var inne lite på vad som är orsaken till detta. Kanske du kan kommentera lite kring det? Jag önskar gärna att du gör det. Jag skulle även vilja att ni båda, Roger och Camilla, kunde kommentera lite om hur vi ska få till en bättre samverkan mellan forskningen och den kliniska verksamheten i vård och behandling. Det är så fantastiskt att få ta del av den forskning som du, Camilla, presenterar. Den gör en så stor skillnad för livskvaliteten och behandlingsutfallet.

Cecilia Halle, Socialdepartementet: Vi har ju sedan länge haft ett problem med tillgänglighet i vården, och det var ju en orsak till den här satsningen på standardiserade vårdförlopp. Det man såg 2014 när satsningen kom till var ju att det fanns en särskilt viktig del i väntetiderna just från det att misstanken uppstår till dess att behandling inleds. Här fanns det väldigt stora variationer över landet, och här fanns det mycket att göra. Man vet ju att ju tidigare man

upptäcker en tumör eller en cancer, desto bättre chanser har patienten att överleva. Detta är ju känt. Det var orsaken till satsningen.

Sedan har man grundat leddiderna. Där det finns evidens har man använt den. Då handlar det om medicinsk evidens som säger att det helst inte ska ta mer än ett visst antal dagar etcetera. Detta har inte funnits för alla standardiserade vårdförlopp i alla cancersjukdomar. Där det inte har funnits evidens har man tittat till exempel på hur snabbt patologen kan analysera ett vävnadsprov och komma med sitt svar. Har man då fått svaret att det inte kan gå snabbare än två dagar har man satt två dagar som leddid.

De standardiserade vårdförloppen är inget ändamål i sig, utan de är ett verktyg. De är en morot och en styråra för regionerna i deras styrning av vården. Professionen vet ju redan detta. Det är professionen som tar hand om konsekvenserna av alla tumörer som är för sent upptäckta, och i de fallen kan resan bli mycket längre och få ett mycket tråkigare slut.

Men jag ser alltså detta som ett verktyg. Det är en rörelse som hela tiden måste pågå för att så att säga pressa ut så mycket luft som möjligt ur systemet. Att man sedan inte når de optimala leddiderna och de kortaste väntetiderna kan sedan ha med kompetensförsörjning att göra. Kompetensförsörjningen är en nyckel till väntetiderna. Så är det verkligen. Det är en stor fråga.

Regeringskansliet och regeringen kan göra vissa saker som har med utbildningssystemet och legitimationsfrågor att göra, men just kompetensförsörjning, arbetsmiljö och personalens förutsättningar att göra sitt jobb ligger på regionerna. Men detta är ett komplext system. Självklart är det hela tiden en strävan att försöka korta väntetiderna så mycket som möjligt. Det får vi aldrig släppa greppet om.

Roger Olofsson Bagge, Göteborgs universitet: Tack för frågan! Jag tar mig friheten att lite besvara den första frågan också. Jag var nämligen med och utvecklade de standardiserade vårdförloppen för både bröstcancer och melanom. Jag tror att många i professionen lite ångrar hur de mötena slutade. Frågeställningen var nämligen: Om ni får oändligt med pengar och oändligt med resurser, hur snabbt skulle det då kunna gå? Så har vi utarbetat vårdförloppen ifrån det. Det gör att det blir lite som nollvisionen i trafiken. Att alla förstår att det aldrig kommer att bli riktigt helt noll döda i trafiken, men man siktar mot det.

Detta gör att vi har lagt väldigt mycket resurser i sjukvården på att försöka nå mål som kanske inte riktigt går att nå, vilket har gjort att vi tyvärr har offrat andra saker. Jag vill bara framföra att man egentligen kanske borde göra om den processen.

Nu kommer jag till frågan om kliniska studier. Jag tror att det är många faktorer som har gjort att det har minskat, bland annat fokus på produktion. Nu svänger det. Där tror jag att satsningarna på Comprehensive Cancer Centers kommer att vara jätteviktiga. Där måste man forska, för annars har man ingen plats. Det blir alltså en tävling i det.

Sedan måste man inse att typerna av kliniska studier för patienter har ändrats. Förr gjorde vi många studier med 5 000 patienter som lottades den ena eller andra medicinen. Den typen av studier försvinner och kommer nog kanske inte att återkomma heller. Man har helt enkelt blivit mer innovativ och kan göra mindre studier. Då vänder man sig från industrin inte längre till Sverige, för där levererar andra länder snabbare resultat, helt enkelt.

Men där finns det en uppsida som vi har, och det är vår innovationsförmåga och life science. Om vi tillsammans med industrin också kan erbjuda en uppsida på studierna är de intresserade. Då blir det satsningarna på Comprehensive Cancer Centers, där man knyter ihop klinik, forskning och industri i ett. Jag tror att vi måste tänka om där och marknadsföra oss på ett bättre sätt.

Sedan är det den andra typen av studier, som inte kommer från läkemedelsindustrin utan från oss vanliga forskare, som vi kallar prävarinitierade studier. Där handlar det mycket om förenklingar, regelverk och kostnader. Att göra en läkemedelsstudie i dag som en egen prövare är väldigt svårt och kostsamt. Vi kan få hjälp från Cancerfonden och andra bidragsgivare för att driva det, men där tror jag att man kan göra mycket stora förenklingar och underlätta för forskare att göra de studierna, så att patienter får tillgång till dem.

Camilla Thellenberg Karlsson, Umeå universitet: Klinisk forskning ligger mig väldigt varmt om hjärtat, så det var trevligt att få just den frågan. Jag håller med om mycket som Roger har sagt.

Det är oerhört komplicerat att starta en klinisk prövning som är akademiskt initierad. Det är mycket regelverk, och de ska ju finnas där, för det är för patienternas säkerhet, med etik och regler kring Helsingforsdeklarationen och så vidare. Men det jag också skulle önska är att vi ska sätta tydliga mål för hur många av våra cancerpatienter som ska kunna inkluderas i en klinisk prövning. Har vi ett tydligt mål att jobba mot blir det mer fokus på att vi måste ha resurser. Vi behöver forskningssköterskor som så att säga är dedikerade för att ta hand om patienterna och proverna, att se till att röntgenundersökningarna görs i rätt tid och så vidare.

Comprehensive Cancer Centers är absolut bra, men Sverige är ett väldigt långt land. Är man cancersjuk är det kanske inte så väldigt lätt att resa långt. Man måste skapa möjligheter att ha klinisk behandlingsforskning lite närmare patienterna, så att även mindre sjukhus ges möjlighet att vara med på detta. Det kan naturligtvis kopplas till ett Comprehensive Cancer Center eller ett universitetssjukhus, så att man kan decentralisera lite grann också, även om de mest komplicerade fas 1-prövningarna kanske behöver finnas på ett universitetssjukhus.

Rebecka Le Moine (MP): Jag missade en liten del av den här frågestunden för att jag var tvungen att amma. Det är ju ett sätt att förebygga bröstcancer, men nog om det.

Jag undrar om de preventiva åtgärderna. Där betonar man alkohol och tobak väldigt starkt, men det sägs inte så mycket om rött kött. Kost nämns ju. År 2012 hänvisade Cancerfonden bland annat till en amerikansk studie där man visade på kopplingen mellan rött kött och cancer. Livsmedelsverket skriver att det finns forskning som visar att rött kött ökar risken för cancer. Men ändå saknas det i den cancerstrategi som finns nu. Och vad gäller tobak och alkohol skulle vi inte nöja oss med att Livsmedelsverket skulle skriva att vi bör undvika det.

Det står på Livsmedelsverkets hemsida att 500 gram per vecka är rekommendationen, men eftersom vi inte nöjer oss med en rekommendation vad gäller tobak och alkohol utan behöver en större medvetenhet undrar jag hur ni ser på detta och hur ni tror att vi kan nå förändring på bästa sätt.

Jag ställer min fråga till Cancerfonden och Socialstyrelsen.

Lisa Klefbom, Cancerfonden: Uppfattade jag rätt att du undrar hur vi skulle kunna arbeta mer om just rött kött och kopplingen till cancer?

Detta är en del av den europeiska cancerkodexen, där man just lyfter fram rött kött som en cancerfaktor. Vi talar om det i samband med kost, som ju är en egen riskfaktor, där rött kött är en del. Det är i detta sammanhang man måste belysa det. Det försöker vi göra, och det är en del i att prata om våra kostvanor och hur de leder till cancer. Där är rött kött en faktor.

Karin Elinder, Cancerfonden: Detta är väl en fråga där det hela tiden är viktigt att forska för att veta vad man behöver ändra. Sedan finns det ett stort mått av kunskapsspridning som kommer in här, precis som när det gäller kopplingen mellan alkohol och cancer. När vi nu ser att det finns en koppling måste vi göra fler medvetna om det. Det handlar om kunskapsutveckling och möjligheterna för vårdpersonal att vara medveten om den typen av förändringar, och inte minst handlar det om barn och unga, där man behöver sätta in åtgärder för kunskap i skolan och så vidare. Det här området handlar om kunskapsspridningsfokus.

Olivia Wigzell, Socialstyrelsen: Vi vill såklart instämma i vikten av de breda insatserna. Det handlar om konsumentinformation. Vissa länder jobbar ju med, som Cancerfonden har lyft fram, skattefrågor och olika strukturer för att styra konsumenternas konsumtion.

Från hälso- och sjukvårdens sida kommer det ju in på levnadsvanor. Då handlar det om att göra rekommendationer på alla områden och att involvera dietister. Det är likadant med barnhälsovården. Jag bedömer att man har den kunskapen där, men jag tror nog att den bredare konsument- och invånarinformation är viktigare här.

Dag Larsson (S): Tack för en mycket intressant förmiddag! Man slås av flera saker. En sak är att svensk cancervård håller väldigt hög kvalitet. Men samtidigt är det oacceptabla geografiska och socioekonomiska skillnader som väcker en hel del funderingar om hur vi skulle kunna bli bättre.

Jag vet att vi riksdagsledamöter kommer att rikta mycket krav gentemot regeringen och sjukvårdshuvudmännen, regionerna, när det gäller hur vi ska kunna få en bättre och mer jämlik cancersjukvård i Sverige.

Av den anledningen skulle jag vilja rikta en fråga till Hans Hägglund från SKR. Vi kommer ju att rikta mängder med krav, så att vi ska få en bättre cancersjukvård utförd av våra regioner. Men vad har regionerna, sjukvårdshuvudmännen, för önskemål och synpunkter på vad staten skulle kunna göra för att vi ska få en bättre cancersjukvård i Sverige?

Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner: I dag arbetar vi med årliga canceröverenskommelser. Jag tror att det skulle vara en stor fördel om det blev mer långsiktighet i dem. Det är en sak. Vi var också inne på att ni kan styra lite tydligare. När Socialstyrelsen har en rekommendation om screeningprogram ska det vara tvingande att genomföra det.

Jag tänker också att vi har haft ett otroligt stort fokus på ledtider. Det är viktigt att patienter utreds standardiserat, men fokus behöver förskjutas mot prevention. Där skulle jag kunna se att man till exempel går från en kömiljard till en preventionsmiljard.

Det är också viktigt att ställa krav på uppföljning, så att regionerna visar ett intresse för resultaten och att det finns en uppföljning där man kan återkoppla till vården. Det behövs också tydligare fokus på FoU-frågorna. Vi diskuterade kliniska studier. I dag följer man upp produktion men inte hur mycket forskning man bedriver, och som Roger visade är ju forskningen helt avgörande för framtida svensk cancervård. Det är väl de delarna som jag tycker skulle kunna vara viktiga.

Camilla Waltersson Grönvall (M): Fru ordförande! Verkligen ett väldigt stort och varmt tack för den här fantastiska förmiddagen då vi har diskuterat dessa viktiga frågor!

Jag kan konstatera att den nationella cancerstrategi som alliansregeringen införde 2009 har tjänat Sverige väldigt väl men att det av olika skäl nu, inte minst det vi har hört här under förmiddagen, finns anledning att uppdatera den. Preventionen är ju ett sådant exempel vi precis nämnde.

Jag beklagar verkligen att statssekreterare Tobias Lundin Gerdås inte hade möjlighet att prioritera att vara med här på den här frågestunden, för han pratade ju väldigt varmt om de viktiga standardiserade vårdförloppen. Flera av mina kollegor har nämnt dem, men jag vill återigen ta upp dem. Jag vill rikta frågan både till de läkare vi har här – Camilla Thellenberg Karlsson och Roger Olofsson Bagge – och till Hans Hägglund, vår nationella samordnare.

När det gäller prostatacancer ser vi att vi i dag är nere på en måluppfyllelse på 30 procent. Sedan 2018 har det sjunkit från 41 procent till 30 procent. Det kan få en allvarlig påverkan på lång sikt när det gäller legitimiteten i systemet när man ser att man har så låg måluppfyllelse. För den andra stora cancerformen, bröstcancer, är vi nere på 44 procent.

Frågan är: Vad gör vi? Vad behöver ni i er verksamhet för att kunna möta dessa problem och förbättra ledtiderna och måluppfyllelsen när det gäller de standardiserade vårdförloppen, och vad ser SKR samlat att vi behöver göra för att arbeta med detta?

Vi ser också att pakkeforløp, som är förebilden för våra standardiserade vårdförlopp, innehåller mycket mer än de standardiserade vårdförloppen. Är det läge för att göra ett omtag? Behöver vi införa mer av pakkeforløp i Sverige i stället för de svenska standardiserade vårdförloppen?

Camilla Thellenberg Karlsson, Umeå universitet: Det är precis som du säger att vi när det gäller prostatacancer, som också råkar vara mitt område, inte alls fyller målen när man ser till ledtider och den andel som inkluderas och utreds. Det är också ganska tydliga regionala skillnader.

När vi fick uppdraget att ta fram de standardiserade vårdförloppen skulle vi göra det efter ett drömscenario, precis som Roger var inne på tidigare. Hur lång tid tar det att ta en biopsi? Hur lång tid tar det för den elektroniska remissen att nå och registreras? Alla små detaljer skulle vi fila på. Hur fort skulle det kunna gå när allt flyter perfekt?

Men så är det ju inte. Det är inte heller medicinskt nödvändigt att ha dessa superkorta tider. Där kanske man kan fundera på ett omtag: Vad är medicinskt nödvändigt för att det ska bli bra överlevnad? Vad behöver vi, och vad skulle vi önska i den bästa av världar?

Men man måste ändå prioritera med de resurser man har. Inom urologin – det handlar om cancersjukdomar som har med urinblåsa, prostata och njurar att göra – har alla cancersjukdomar standardiserade vårdförlopp som konkurrerar lite med varandra. Det blir lite undanträngningseffekter när det gäller frågan vad som ska göras först. Urinblåsecancer är generellt sett en cancer som är mer aggressiv, så den måste komma lite före prostatacancer, som ofta har ett lite snällare förlopp. Vi måste hela tiden brottas med dessa prioriteringar.

De resurser man har innebär att det är ett visst antal huvuden som ska göra jobbet, och då måste vi fördela. Där har det fallit ut till nackdel för prostatacancer. Det är tråkigt att behöva säga det, men vi skulle kanske behöva några fler huvuden och ett omtag i förloppen.

Roger Olofsson Bagge, Göteborgs universitet: Jag berörde ju den här frågan delvis tidigare. Det jag skulle vilja lägga till förutom Camillas jättebra svar gäller detta med tvingande åtgärder. Jag tror att måltalen måste justeras till vad som är medicinskt rimligt. Det ger ju annars undanträngningseffekter om vi

fokuserar på bröst och prostata. Då trängs någon annan patientgrupp undan. Måltalen måste utgå från vad som är medicinskt rimligt.

Sedan är det orimligt att patienter som tror att de har cancer behöver gå tre månader innan de får reda på att de inte har cancer. Vi ska inte glömma bort det perspektivet heller, men det kanske inte ska väga riktigt lika tungt som det har gjort i de standardiserade vårdförloppen hittills.

Sedan kommer detta med tvingande åtgärder. Om man missköter sig, vilket jag och min region gör och egentligen alla gör, vad händer då? Ja, det händer ingenting. Det kommer ett litet stapeldiagram på posten. Så raderar man det, och sedan kommer det nästa år igen. Detta med styrningen måste bli tydligare, inte ur ett regionalt perspektiv utan ur ett statligt perspektiv, när det gäller att påverka regionerna. Processerna sker väldigt olika i regionerna. Så är det.

Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner: När jag läser EU:s cancerplan noterar jag att den här frågan över huvud taget inte tas upp. Det säger kanske en del om det stora fokuset på ledtidsfrågan i Sverige och de nordiska länderna. I Danmark var det för att man hade Europas sämsta canceröverlevnad. Man var tvungen att göra något drastiskt. När vi införde det i Sverige hade vi Europas bästa canceröverlevnad.

Vi kan titta tillbaka och fråga oss: Var detta verkligen de rätta åtgärderna att vidta? Ja, det var det på ett sätt. Vi fick ett standardiserat sätt att utreda våra patienter. Som medborgare kan man känna sig trygg för att alla blir utredda på ett och samma sätt när de söker vård på sin vårdcentral. Det fastnar inte på grund av ett fax eller på grund av att man inte vet vem man ska kontakta på sjukhuset. Det har varit bra, och det har tjänat oss väl.

Vi har två mål, ett 70-procentsmål och ett 80-procentsmål. 70-procentsmålet innebär att 70 procent av våra cancerpatienter ska inkluderas i ett förlopp. Så är det i riket. Det finns skillnader mellan regionerna, och där kan vi göra lite mer. Men 80-procentsmålet når vi absolut inte. Precis som Camilla är inne på finns det också stora ojämlikheter.

När jag har talat med beslutsfattare och företrädare för vården i regionerna ser jag att det skiljer sig väldigt mycket åt hur man har sett på den här frågan. Har man tagit den på allvar, och hur har man använt sina pengar? Vi vet ju inte det. I vissa regioner ser jag att man inte har gjort så mycket. I andra regioner har man gjort väldigt mycket. Roger var väl inne på detta. Ska vi sätta ett större tryck när vi skickar ut pengarna, eller ska det vara fritt valt arbete? Det är en fråga man måste ställa sig.

När detta startade var det professionen som tog fram idealiska tider i den bästa av världar. Man ska såklart sätta upp en vision och jobba mot den. Men i ett omtag måste man titta på om tiderna är medicinskt motiverade eller inte. Jag tänker att vi kanske inte ska ha så stort fokus på tiderna utan sätta fokus på annat som kan ge värde för patienternas överlevnad. Då handlar det om prevention, att vi upptäcker det tidigare och att vi ger rehabilitering för en bättre

livskvalitet. Det är några exempel. Det handlar också om hur vi använder vår nya diagnostik och våra läkemedel.

Ordföranden: Tack för frågor och svar! Nu närmar vi oss vår avslutning. Jag lämnar ordet till utskottets vice ordförande, Kristina Nilsson, Socialdemokraterna.

Kristina Nilsson (S): Ordförande! Jag är fantastiskt glad över att vi har fått ha den här förmiddagen tillsammans där vi verkligen har satt fokus på vilken utmaning vi har framför oss när det gäller cancerfrågorna.

Det är ett hisnande perspektiv: Var nionde sekund drabbas en människa inom EU av cancer. Ett barn per dag drabbas i Sverige. Egentligen är vi alla berörda på ett eller annat sätt – antingen drabbas vi själva eller också har vi människor i vår närhet som drabbas. Det kan kännas tungt. Men den här förmiddagen tycker jag också har gett oss väldigt mycket hopp, till exempel det vi har fått höra av Camilla och Roger, som i sitt dagliga arbete arbetar praktiskt med de här frågorna och faktiskt hjälper människor på riktigt i verkligheten.

Jag tror att det viktigaste är att vi på alla nivåer gör allt vi kan tillsammans. Det uttrycktes bra här: Cancerpreventionspolitik är politik som är viktig på riktigt. Vi politiker tycker naturligtvis att all politik är viktig, men jag tror att just när det gäller cancerprevention så har vi väldigt mycket mer att göra. Jag tror att vi behöver samverka och samarbeta på alla nivåer. Det handlar om riksdagen, regeringen, civilsamhällesorganisationer, forskning, företag och profession.

Efter en sådan här gedigen frågestund tänker jag att vi politiker kanske ska ställa en fråga till oss själva: Vad kan vi komma överens om, och vad kan vi göra tillsammans för att vi ska komma längre när det gäller utvecklandet av vård och behandling och när det gäller prevention?

Jag är glad över att vi i socialutskottet har en tradition av att vara duktiga på samarbete och att kunna komma överens. Just när det gäller cancer tror jag att vi kommer att fortsätta att jobba med det väldigt mycket tillsammans.

Med detta vill jag tacka alla er som har varit här i dag. Er expertkunskap har hjälpt oss att både öka vår kunskap och kanske ge oss nya tankar och perspektiv kring den viktiga fråga som det här faktiskt är.

Varmt tack för i dag och på återseende och återhörande!

BILAGA

Presentationer

Bilder som visades av Tobias Lundin Gerdås,
Socialdepartementet

Svensk och europeisk cancerstrategi

Tobias Lundin Gerdås, statssekreterare
socialdepartementet

Regeringskansliet Socialdepartementet 1

Svensk cancerstrategi

- Nationell cancerstrategi sedan 2009
- 5 övergripande mål
- Inrättande av sex regionala cancercentrum

En nationell cancerstrategi för framtiden

Standardiserade vårdförlopp i cancervården [SVF]

Standardiserade vårdförlopp (SVF) är ett nationellt arbetssätt som ska minska variationer mellan och inom läkhus för patienter. Alla SVF består av en välgrundad insatsplan och SVF.

Vård som är välgrundad innebär hur det ska smidas och hur lång tid det ska ta, förhållsvis den nationella utgångspunkten för svensk cancerstrategi. Två till tre välgrundade insatser till start av behandling innebär i praktiken flera årskurser. Målet är att genom cancerstrategin öka överlevnad och livskvalitet för patienter i hela landet. Kunskapsbanken.

Regeringskansliet Socialdepartementet 2

Svensk cancerstrategi

- Långsiktig inriktning för det nationella arbetet med cancervården
- Årlig överenskommelse



Svensk cancerstrategi

- Ökade anslag till hälso- och sjukvård
- Andra satsningar
 - Utrotning av HPV och livmoderhalscancer
 - Förebyggande insatser
 - Pilotprojekt inom utveckling av gensekvensering
- Nationell Life Science strategi



EU:s plan mot cancer

- En EU-gemensam cancerplan sedan 2021
- Sveriges ordförandeskap i EU våren 2023
- Cancerkonferens i Stockholm
- European Health Data Space



Bilder som visades av Hans Hägglund, Sveriges Kommuner och Regioner

Offentlig utfrågning i socialutskottet om svensk och europeisk cancerstrategi

Hans Hägglund
Nationell cancersamordnare, SKR
Ordförande RCC i samverkan

2022-06-02 Hans Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

EU - några fakta om cancer

- 2.7 miljoner cancerfall
- 1.3 miljoner dödsfall i cancer
- 1/4 av världens cancerfall
- 100 miljarder euro/år
- Ojämlig cancervård
- 40% av cancerfallen kan förebyggas
- 3% till hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder

2022-06-02 Hans Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Sverige - en nationell cancerstrategi

En nationell cancerstrategi för framtiden

Uppföljningsrapport för den nationella cancerstrategin

Vägen framåt

Utveckla en offentlig cancerstrategi och samordna cancerstrategin

2022-06-02 Hans Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Canceröverenskommelsen 2022



Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2022

Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner

Insatserna i överenskommelse delas in i fyra områden:

- Prevention och tidig upptäckt
- Tillgänglig och god vård
- Kunskapsutveckling, kompetensförsörjning och forskning
- Tillgång till och användning av medicinska teknologier

Till varje område kopplas ett antal insatser som ska genomföras 2022

ÖK omfattar 530 miljoner kronor för 2022

2022-06-02
Häns Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR


Den svenska cancerstrategin - kunskapsstöd



Utgör grunden för kunskapsstöden. Här finns rekommendationer kring hur patienter ska utredas och behandlas.

Min vårdplan

Patientens vårdplan. Den är ett stöd och skapar delaktighet, trygghet och förståelse hos patient och närstående.

Nationella vårdprogram

Nationellt framtagna rekommendationer för ledtider för utredning av cancer.

Regim biblioteket

Information om hur cancerläkemedel ska användas, vanliga biverkningar och råd om levnadsvanor.

Kunskapsstöd

Används tillsammans med patientjournalen i vårdens kontakt med patienten. Den ger en översikt av patientens sjukdomsförlopp och behandlingar över tid.

Standardiserade vårdförlopp

Innehåller individbaserade uppgifter om diagnos, behandlingar och resultat. Cancerregister och nationella kvalitetsregister.

2022-06-02
Häns Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR


Fortsatta utmaningar - ojämlig vård

SVF

Örebro vs Norrbotten 97% vs 63%
(Cancercentrum.se, 2020)

Läkemedel


Sydöstra vs Väst 10 vs 2.7
(Antal per 100 000 invånare, Socialstyrelsen, 2020)

Bröstcancerscreening

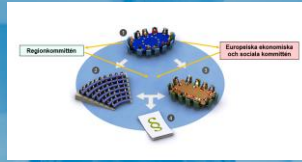
Bollnäs vs Tidaholm 93% vs 51%
(Cancerfonden, 2021)

Överlevnad

Stockholm vs övriga regioner ↑ överlevnad
(Wälinder G. Cancer Reports, 2022)

2022-06-02
Häns Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR


Europeiska cancerplanen (2021)



ReK och EESK har lämnat yttranden som antagits vid plenarsessionerna december -21 respektive juni-21

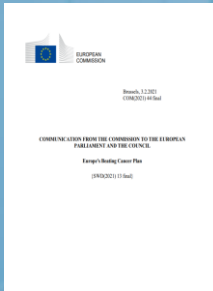
EU:s cancerplan en rekommendation

2022-06-02

Häns Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR



Europeiska cancerplanen



Planen är strukturerad runt fyra centrala åtgärdsområden:

1. Förebyggande insatser
2. Tidig upptäckt
3. Diagnos och behandling
4. Cancerpatienters och canceröverlevares livskvalitet

10 flaggskeppsinitiativ, flera stödjande åtgärder

2022-06-02

Häns Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR



EU:s forsknings och innovationsprogram - Horisont Europa 2021-2027

Fem uppdragsområden (missions):



Horisont Europas budget: 95,5 miljarder euro

2022-06-02

Häns Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR



Den europeiska cancerplanen

Prevention
 Tidig diagnostik
 Precisionsmedicin
 Canceröverlevares livskvalitet

Patient- och anhörigfokus
 Barnperspektiv

- Tvärsektoriellt engagemang
- Tar oss bort från silos och stuprör
- Tydlig målsättning
- Digitalisering och datadelning
- Nya partnerskap och nätverk
- Stor budget
- Forskning och innovation

2022-06-02

Hans Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR



Sammanfattningsvis

Cancerområdet är i fokus inom EU, det ger oss möjligheter att påverka, utveckla och förstärka arbetet med den nationella cancerstrategin

- Kan bidra till ökad jämlikhet och förbättrad kvalitet i cancer vården.

Det finns stora möjligheter för Sverige att bidra till och lära av den fortsatta utvecklingen inom cancerområdet i EU

- Finns behov av att utreda hur den europeiska cancerplanen integreras i den svenska cancerstrategin

I Sverige är det flera aktörer involverade i arbetet med EUs cancerplan

- Finns behov av samordning och samarbete

2022-06-02

Hans Hägglund | Nationell cancersamordnare, SKR



REGIONALA
 CANCERCENTRUM
 I SAMVERKAN

Bilder som visades av Kerstin Sollerbrant, Barncancerfonden



Därför finns Barncancerfonden

- Ett barn per dag insjuknar i cancer
- Barncancer är den vanligaste dödsorsaken bland barn mellan 1-14 år
- Svåra medicinska utmaningar kvarstår
- Förbättra livsvillkoren för barncanceröverlevare
- Stöd till barnet och dess närstående



Barncancer är inte vuxencancer

- Inte livsstilsrelaterat
- Andra typer av cancer
- En kropp som växer och utvecklas – 70 % drabbas av sena komplikationer
- En heterogen grupp med unika behov



Barncancer vården fungerar bra

- Omkring 1000 barn behandlas för cancer varje år
- Ett föredöme för att skapa trygghet och tydlighet för barnet och dess närstående
- Starkt nationellt och internationellt samarbete för utvärdering och utveckling



Utvecklingsområde 1:

Ökad överlevnad

- 15 % av de barn som drabbas av cancer överlever inte
- Behov av nya typer av behandlingar särskilt anpassade för barn



Utvecklingsområde 2:

Sena komplikationer

- För många är priset för överlevnad högt
- 70 % av barnen som överlever sin cancer drabbas av sena komplikationer
- 30 % av de sena komplikationerna är allvarliga och flera är potentiellt livshotande
- Exempelvis sekundärcancer, infertilitet, hormonella problem och förvärvade hjärnskador



Utvecklingsområde 3:

Övergången till vuxenvården

- Cirka 310 unga personer övergår från barncancer vården till vuxensjukvården varje år
- En sömlös övergång mellan barn- och vuxensjukvård



Utvecklingsområde 4:

Psykosocialt stöd

- Bättre psykosociala insatser till **hela** familjen
- Syskon bör betraktas som anhörig för att säkerställa tillgång till rätt hjälp



Forskningen är avgörande

- Femårsöverlevnaden har ökat från 50 % till 85 % de senaste 40 åren
- Nya behandlingar inger hopp
 - För **gårdagens** barncancerpatienter
 - För **dagens** barncancerpatienter
 - För **framtidens** barncancerpatienter
- Helhetsperspektiv – ett läkemedels hela livscykel
- Nationella satsningar är inte tillräckliga



Forskningen är avgörande

Tre särskilt viktiga utmaningar:

- Barn måste få tillgång till nya cancerläkemedel på samma villkor som vuxna
- Internationellt samarbete krävs för att fler svenska patienter ska ingå i kliniska studier
- Okända långtidseffekter ställer höga krav på långtidsuppföljning



En barncancervård i världsklass

Barnperspektivet ska vara en central del i:

- Utvecklingen av svensk cancervård
- Forskning & utveckling av nya läkemedel under läkemedlets hela livscykel, från forskning till långtidsuppföljning
- En reviderad, nationell cancerstrategi för Sverige



För mer information:

- [Barncancerfondens årsrapport 2021](#) (maj 2022)
- [De osynliga syskonen – Barncancerfondens förslag till stöd för syskon till barn med cancer](#) (april 2022)
- [Glappet – Barncancerfondens förslag till bättre samverkan mellan vård och skola](#) (februari 2022)

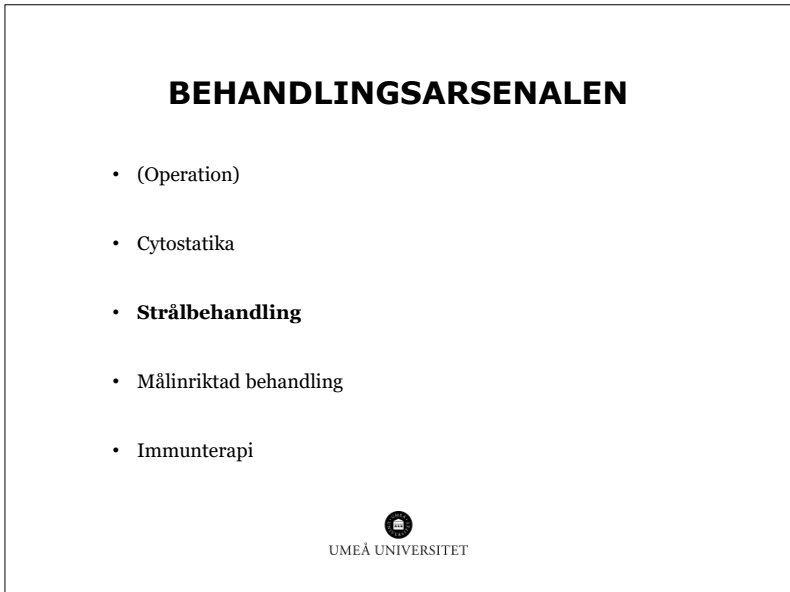
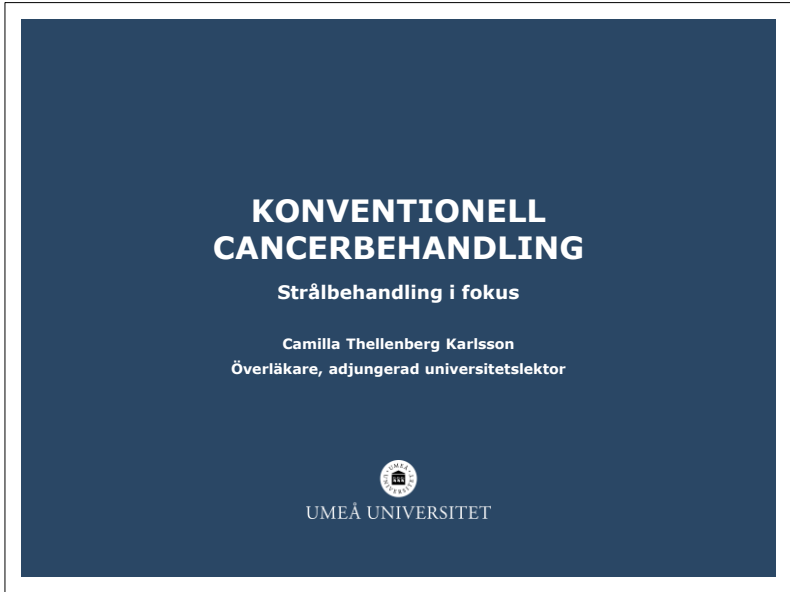
Kontakt:

Elin Frisk, socialpolitisk expert
E: elin.frisk@barncancerfonden.se
T: 073-867 82 03

Kerstin Sollerbrant, senior forskningsexpert
E: kerstin.sollerbrant@barncancerfonden.se
T: 070-525 58 62

**BARNCANCER
FONDEN****Bilder som visades av Emma Kristensson Bennwik,
Cancerfonden**

Bilder som visades av Camilla Thellenberg Karlsson, Umeå universitet



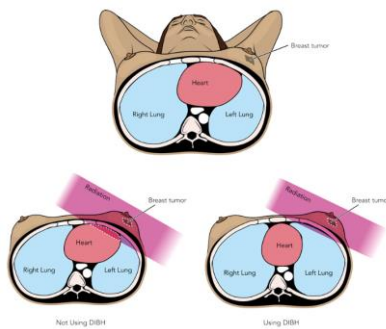
FOKUSPUNKTER

- Minska biverkningar
- Hypo-fraktionering – färre men större stråldoser
- Boost – öka dosen till delar av tumören
- Teknikutveckling



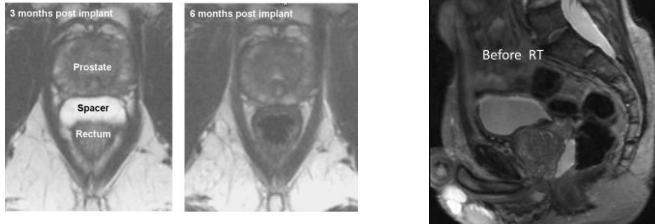
UMEÅ UNIVERSITET

ANDNINGSTYRD STRÅLBEHANDLING



UMEÅ UNIVERSITET

FLYTTA PÅ KÄNSLIGA ORGAN



Flytta undan ändtarmen från strålmrådet



UMEÅ UNIVERSITET

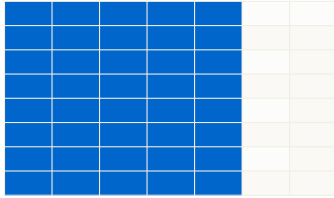
GULDMARKÖRER – TRACKING



UMEÅ UNIVERSITET

KORTARE BEHANDLINGSPERIOD- HYPOFRAKTIONERING

8 veckor, 39 behandlingar



2,5 veckor 7 behandlingar



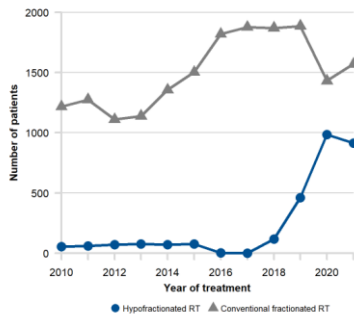
UMEÅ UNIVERSITET

Scandinavian Hypo Trial
Widmark A et al. The Lancet 2019

ULTRA-HYPOFRAKTIONERING

Siffror från det Svenska Prostatacancerregistret (NPCR)

Number of patients undergoing primary external radiotherapy
Total



BRÖSTCANCER ULTRA-HYPOFRAKTIONERING

Fast forward studien, 5 behandlingar mot 15

Figure A1a: Overall survival, by fractionation schedule

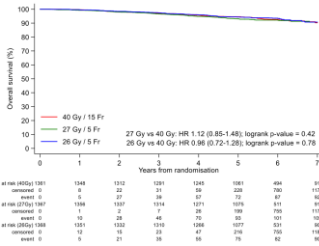
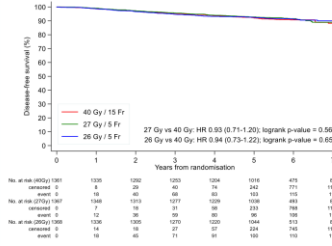


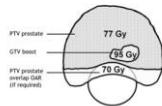
Figure A1a: Disease-free survival, by fractionation schedule



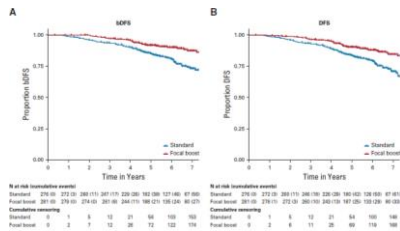
ÖKAD DOS TILL DELAR AV TUMÖREN- STYRT AV BIOLOGI OCH BILD

FLAME studien, Nederländerna

FLAME approach



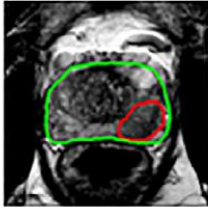
- PTV 77Gy to 35 fractions (EQD2 82Gy²)
- +/- focal boost up to 95Gy (EQD2 114Gy²)
- One or more GTV's contoured on mp-MRI
- OAR constraints >>> boost dose



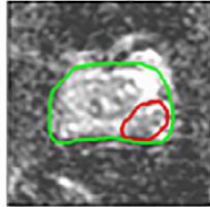
Kerkmeijer et al. ESTRO 2020 and JCO 2021

HUR SKA MAN KUNNA SE TUMÖREN?

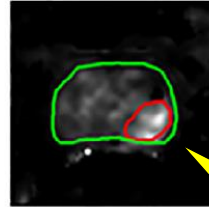
MAGNETKAMERA



T2w



ADC



DCE-MRI

Boost område?



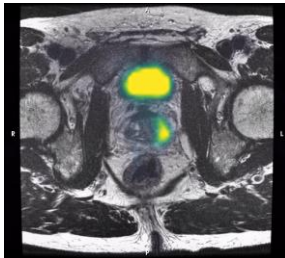
UMEÅ UNIVERSITET

van Schie et al., 2018 (FLAME)

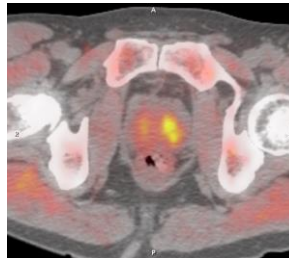
HUR SKA MAN KUNNA SE TUMÖREN?

PET-KAMERA

PSMA PET/MRI

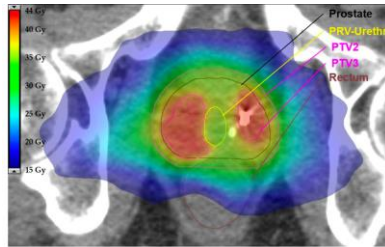


ACETATE PET/CT



UMEÅ UNIVERSITET

SKRÄDDARSY STRÅLBEHANDLINGEN TILL VARJE PATIENT



UMEÅ UNIVERSITET

NÄSTA STEG, KOMBINERA



UMEÅ UNIVERSITET



ATT TA MED HEM

Teknikutveckling

Lägre grad av biverkningar

Sparar resurser

Bildundersökningar



UMEÅ UNIVERSITET

Bilder som visades av Roger Olofsson Bagge, Göteborgs universitet

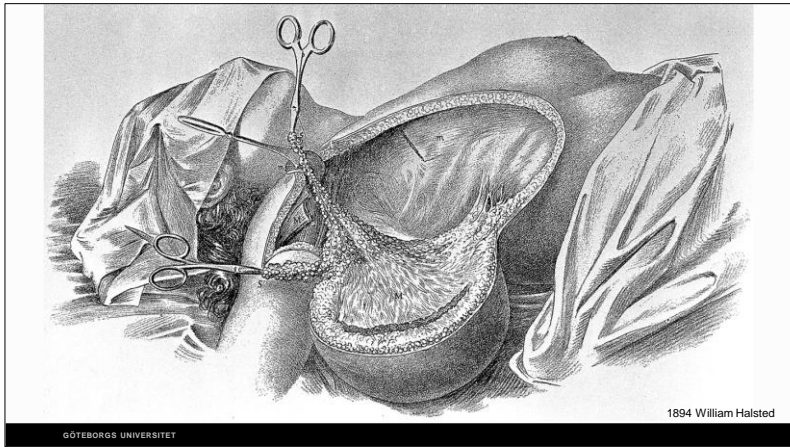


**Svensk cancervård
-framtida utmaningar**

Roger Olofsson Bagge
Docent, Överläkare

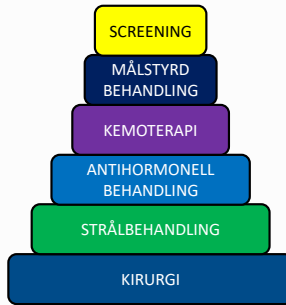
Sahlgrenska Comprehensive Cancer Center vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet

GÖTEBORGS UNIVERSITET | KIRURGI – Roger Olofsson Bagge



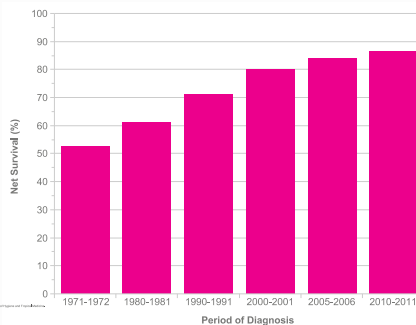
GÖTEBORGS UNIVERSITET

MODERN BEHANDLING AV BRÖSTCANCER



GÖTEBORGS UNIVERSITET

FÖRBÄTTRAD ÖVERLEVNAD ÖVER TID



Andel patienter som lever efter 5 år från 1970 till 2011

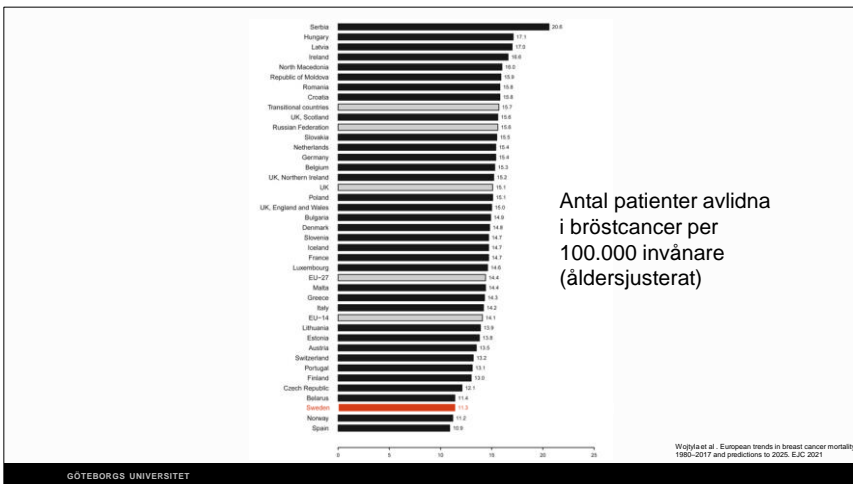
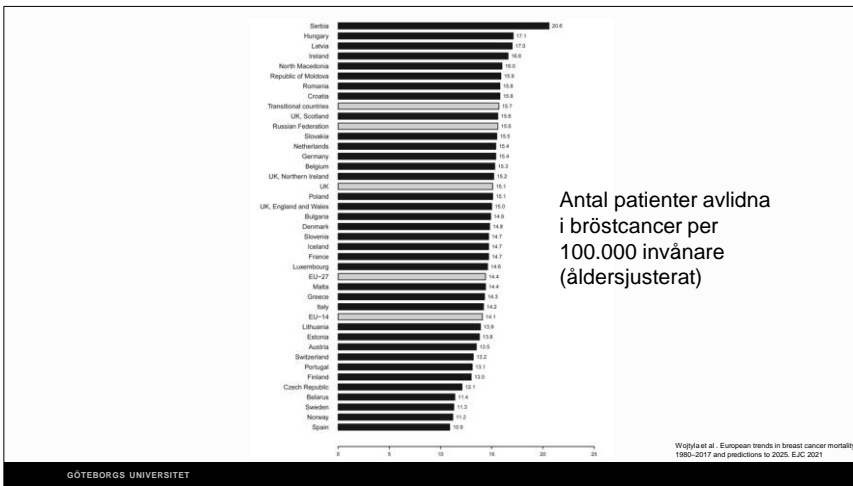


GÖTEBORGS UNIVERSITET

- 1 Har Sverige en cancervård i världsklass?
- 2 Varför har vi det?
- 3 Kommer vi att ha det om 10 år?
- 4 Vad är hoten?

Bröstcancer som exempel

GÖTEBORGS UNIVERSITET



BRONS I ÅR IGEN

Wojtyła et al. European trends in breast cancer mortality, 1980-2017 and predictions to 2025. EJC, 2021

GÖTEBORGS UNIVERSITET

VARFÖR ÄR VI DUKTIGA?

GÖTEBORGS UNIVERSITET

VARFÖR ÄR VI DUKTIGA?

FORSKNING

Phase I: Safety, efficacy, side effects
Phase II: Efficacy, side effects, quality of life
Phase III: Efficacy, side effects, quality of life, comparison with standard treatment
Regulatory Submissions: FDA/EMA
Phase IV: Post-marketing surveillance

Forskning är framtiden
Ger patienter möjligheter
Ger kliniker erfarenheter
Skapar innovativ miljö

GÖTEBORGS UNIVERSITET

VARFÖR ÄR VI DUKTIGA?

FORSKNING

Forskning är framtiden
Ger patienter möjligheter
Ger kliniker erfarenheter
Skapar innovativ miljö

Vi har all behandling

GÖTEBORGS UNIVERSITET

VARFÖR ÄR VI DUKTIGA?

FORSKNING

Forskning är framtiden
Ger patienter möjligheter
Ger kliniker erfarenheter
Skapar innovativ miljö

Vi har all behandling

VÅRDPROGRAM

Rätt behandling
till rätt patient

GÖTEBORGS UNIVERSITET

VARFÖR ÄR VI DUKTIGA?

FORSKNING

Forskning är framtiden
Ger patienter möjligheter
Ger kliniker erfarenheter
Skapar innovativ miljö

Vi har all behandling

VÅRDPROGRAM

Rätt behandling
till rätt patient

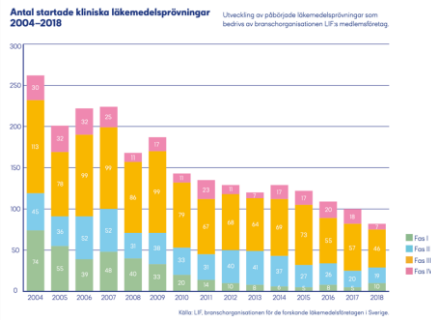
INNOVATIV, EFFEKTIV OCH JÄMLIK VÅRD

GÖTEBORGS UNIVERSITET

KOMMER VI ATT VARA DUKTIGA OM 10 ÅR?

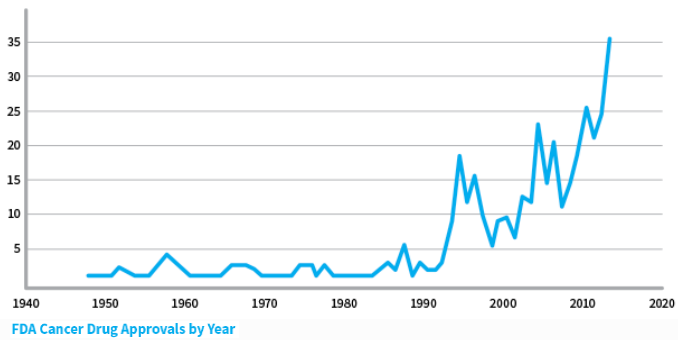
GÖTEBORGS UNIVERSITET

ANTAL KLINISKA STUDIER I SVERIGE MINSKAR

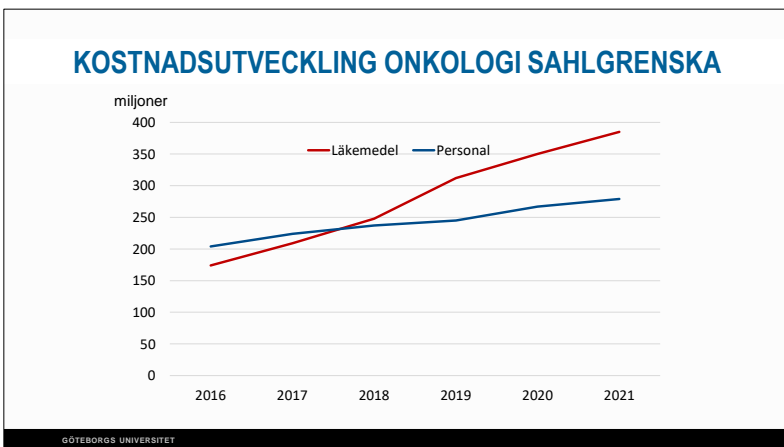
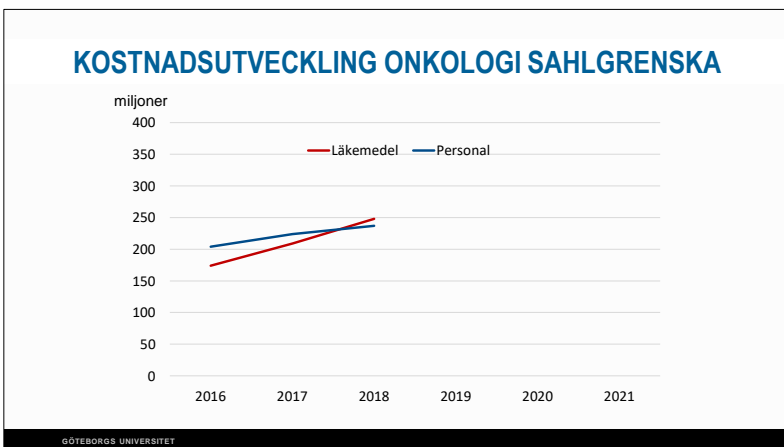
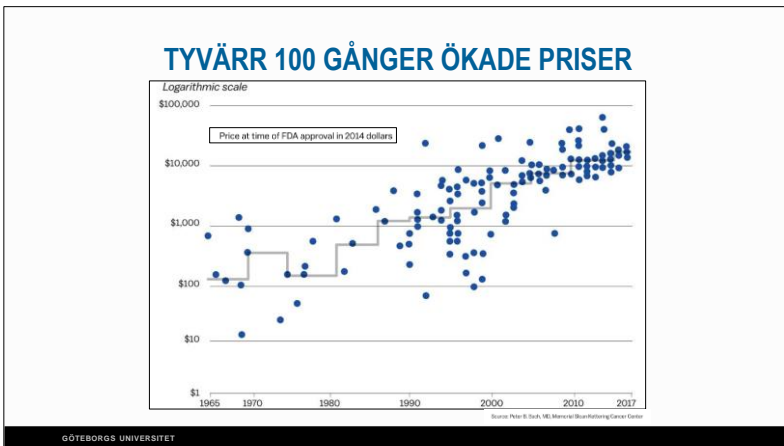


GÖTEBORGS UNIVERSITET

MASSIV ÖKNING AV NYA BEHANDLINGAR



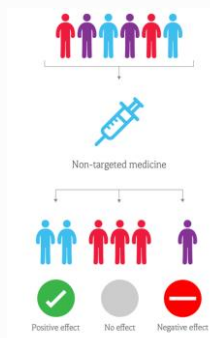
GÖTEBORGS UNIVERSITET



LÖSNINGAR OCH UTMANINGAR

GÖTEBORGS UNIVERSITET

PRECISIONSMEDICIN

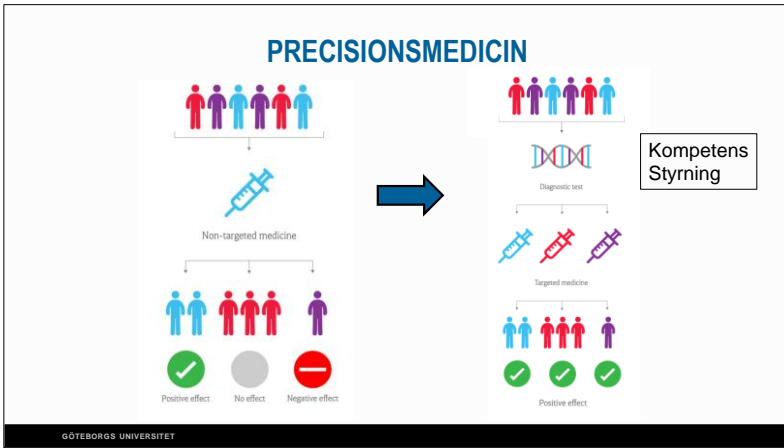


GÖTEBORGS UNIVERSITET

PRECISIONSMEDICIN



GÖTEBORGS UNIVERSITET



FRÅGOR OCH SVAR

Kompetens

Vem har kompetens att ge nya behandlingar?

Styrning

Vem bestämmer egentligen om införandet av nya behandlingar?

GÖTEBORGS UNIVERSITET

SVAR

Centralisering= Comprehensive Cancer Centers

?

?

?

GÖTEBORGS UNIVERSITET

SVAR

Centralisering=
Comprehensive
Cancer Centers



?

?

?


**Tydligare styrning
och uppföljning**



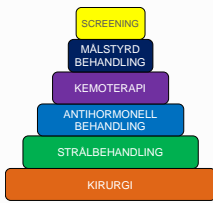
GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAMMANFATTNING

FORSKNING




Forskar alla sjukhus?
Ingår alla patienter?
Finns incitament?



Ojämnt införande
Långsamt införande
Kostnader på fel nivå

VÅRDPROGRAM



Oklara mandat
Långsamt tempo
Bristande kvalitet
Ingen uppföljning

GÖTEBORGS UNIVERSITET




Svensk cancervård -framtida utmaningar

Roger Olofsson Bagge
Docent, Överläkare

Sahlgrenska Comprehensive Cancer Center vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs Universitet

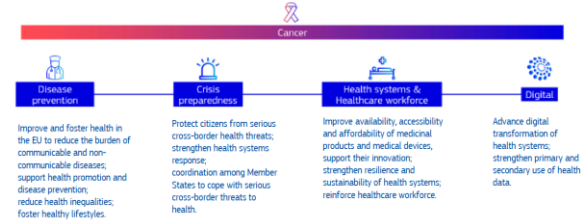
GÖTEBORGS UNIVERSITET | KIRURGI – Roger Olofsson Bagge

Bilder som visades av Olivia Wigzell, Socialstyrelsen

Hälsoprogrammet EU4Health 2021–2027

Strands of actions

EU4Health supports a **broad range of actions** under four overarching "strands" with a cross-cutting focus on cancer

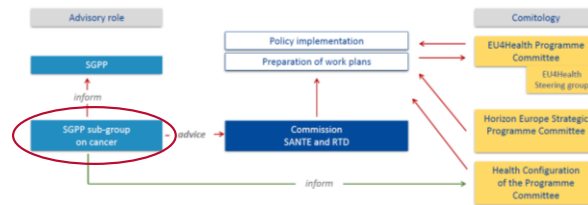


Socialstyrelsen Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

Styrgrupp för hälsofrämjande och prevention – subgrupp cancer

Cancer implementation organigram

Governance for the implementation of the Europe's Beating Cancer Plan and the Mission on Cancer



European Commission Socialstyrelsen Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

Förebyggande insatser

God och nära vård

- Nationella riktlinjer för
- prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor
 - missbruk
 - obesitas

Vaccination HPV
Livmoderhalscancer screening



 Socialstyrelsen Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

Socialstyrelsen samordnar Sveriges cancerscreening

- Detta sker genom att Socialstyrelsen
 - samverkar med RCC och regionernas nationella arbetsgrupper för screening
 - samordnar föreskrifter, rekommendationer och vårdprogram för tydligare styrning
 - anordnar olika mötesforum med screeningprogrammen och andra aktörer
 - utvecklar sin utvärdering och uppföljning – förbättringsförslag till regionerna som följs upp med tätare intervall
 - bedriver omvärldsbevakning för att förbereda bedömningar av nya program.

För att möta ambitionen i EU:s cancerplan om screening behövs ett tydligt mandat om samordning.

Socialstyrelsen deltar i arbetet med EU:s nya rekommendationer om screening.



 Socialstyrelsen Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg

Cancerrehabilitering – förslag till utveckling

- En mer jämlik cancerrehabilitering
- Patientens behov i centrum
- Mötesplatser och samarbete med civilsamhället
- Uppföljning av de rehabiliterande åtgärderna
- Utveckling av det nationella vårdprogrammet för cancerrehabilitering



Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg



Better life for cancer patients initiative: Cancer Survivor Smart-Card and European Cancer Patient Digital Centre.

2021-2023

IMPROVING THE QUALITY OF LIFE FOR CANCER PATIENTS AND SURVIVORS

Register och insamling av data till EU

”Inequalities registry”

Syftar till att följa upp vård och behandling av cancer i de olika länderna för att kunna göra jämförelser mellan länderna och mellan olika regioner inom länderna och på så sätt arbeta med att utjämna dessa skillnader.



Sveriges kunskapsmyndighet för vård och omsorg



Cancer Inequalities Registry: reducing inequalities between Member States and regions.

2021-2022

REDUCING CANCER INEQUALITIES ACROSS THE EU



**Mer information finns på:
www.socialstyrelsen.se**

 Socialstyrelsen

2019/20:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 24 september 2019
2019/20:RFR2	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Seminarium om livslångt lärande
2019/20:RFR3	KULTURUTSKOTTET Att redovisa resultat
2019/20:RFR4	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Regeringens resultatredovisning för UO15 och UO16 – utbildningsutskottets uppföljningar 2012–2018
2019/20:RFR5	FINANSUTSKOTTET Hur påverkas den finansiella stabiliteten av cyberhot, fintech och klimatförändringar? En översikt av forskning, aktörer och initiativ
2019/20:RFR6	NÄRINGSUTSKOTTET Uppföljning av beslutet att bilda Sveriges export- och investeringsråd
2019/20:RFR7	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet den 29 januari 2020. Fintech och cyberhot – Hur påverkas den finansiella stabiliteten?
2019/20:RFR8	ARBETSMARKNADSPOLITISKA UTSKOTTET, KULTURUTSKOTTET, SOCIALFÖRSÄKRINGSPOLITISKA UTSKOTTET, SOCIALUTSKOTTET, UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Offentlig utfrågning på temat psykisk hälsa i ett Agenda 2030-perspektiv
2019/20:RFR9	UTBILDNINGSPOLITISKA UTSKOTTET Öppen utfrågning inför den forskningspolitiska propositionen
2019/20:RFR10	TRAFIKUTSKOTTET Mobilitet på landsbygder – forskningsöversikt och nulägesbeskrivning
2019/20:RFR:11	KONSTITUTIONSPOLITISKA UTSKOTTET Forskarhearing om den representativa demokratis utmaningar i polariseringens tid
2019/20:RFR:12	CIVILUTSKOTTET Civilutskottets offentliga utfrågning om överskuldssättning
2019/20:RFR:13	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken 10 mars 2020

2020/21:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 20 oktober 2020
2020/21:RFR2	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Uppföljning av tillämpningen av gymnasireglerna
2020/21:RFR3	NÄRINGSUTSKOTTET Sveaskogs samhällsuppdrag om markförsäljning – en uppföljning
2020/21:RFR4	NÄRINGSUTSKOTTET Artificiell intelligens – Möjligheter och utmaningar för Sverige och svenska företag
2020/21:RFR5	TRAFIKUTSKOTTET Punktlighet för persontrafik på järnväg – en uppföljning
2020/21:RFR6	SOCIALFÖRSÅKRINGSUTSKOTTET Digitalt seminarium om uppföljningen av tillämpningen av gymnasireglerna den 26 november 2020
2020/21:RFR7	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Lantbrukets sårbarhet – en uppföljning
2020/21:RFR8	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Risker i kölvattnet efter covid19-pandemin
2020/21:RFR9	SOCIALUTSKOTTET Digital offentlig utfrågning med anledning av Coronakommissionens delbetänkande om äldreomsorgen under pandemin
2020/21:RFR10	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 16 mars 2021
2020/21:RFR11	CIVILUTSKOTTET Uppföljning av lagen om kollektivtrafikresenärers rättigheter – hur har lagen fungerat för resenärerna?
2020/21:RFR12	TRAFIKUTSKOTTET Offentlig utfrågning om järnvägens punktlighet
2020/21:RFR13	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens rapport Redogörelse för penningpolitiken 2020
2020/21:RFR14	MILJÖ- OCH JORDBRUKSUTSKOTTET Offentlig utfrågning om rapporten Lantbrukets sårbarhet – en uppföljning
2020/21:RFR15	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2021
2020/21:RFR16	SOCIALUTSKOTTET Digital offentlig utfrågning om sjukdomen ME/CFS och infektionsutlöst trötthetssyndrom
2020/21:RFR17	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Nyheter i sociala medier – en forskningsöversikt av användning och effekter ur ett medborgarperspektiv

2021/22:RFR1	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 19 oktober 2021
2021/22:RFR2	SOCIALUTSKOTTET Socialutskottets offentliga utfrågning om precisionsmedicin
2021/22:RFR3	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om finansiell stabilitet – Sårbarheter och motståndskraft i ekonomin i ljuset av ökande skulder hos hushåll och kommersiella fastighetsföretag
2021/22:RFR4	FINANSUTSKOTTET Utvärdering av Riksbankens penningpolitik 2015–2020
2021/22:RFR5	FINANSUTSKOTTET Evaluation of the Riksbank's Monetary Policy 2015–2020
2021/22:RFR6	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om den aktuella penningpolitiken den 3 mars 2022
2021/22:RFR7	ARBETSMARKNADSUTSKOTTET Uppföljning av nyanländas etablering – arbetsmarknadsstatus med särskilt fokus på kvinnorna
2021/22:RFR8	KONSTITUTIONSUTSKOTTET Uppföljning och utvärdering av tillämpningen av utskottsinitiativ
2021/22:RFR9	KULTURUTSKOTTET Uppföljning av delar av den svenska friluftslivspolitik
2021/22:RFR10	NÄRINGSUTSKOTTET Innovationskritiska metaller och mineral – en forskningsöversikt
2021/22:RFR11	SOCIALUTSKOTTET Hälso- och sjukvård för barn och unga i samhällets vård – en utvärdering
2021/22:RFR12	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om AP-fondernas placeringar av buffertkapitalet i pensionssystemet den 26 april 2022
2021/22:RFR13	FÖRSVARsutskottet Sveriges deltagande i fem internationella militära insatser – en uppföljning av konsekvenserna för den nationella försvarsförmågan
2021/22:RFR14	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Finanspolitiska rådets rapport Svensk finanspolitik 2022
2021/22:RFR15	FINANSUTSKOTTET Öppen utfrågning om Riksbankens redogörelse för penningpolitiken 2021 den 10 maj 2022