

Agenda rundabordssamtal 17 mars 2021

Precisionsmedicin för jämlik och effektiv cancervård

Vilka utmaningar och konsekvenser har framstegen inom precisionsmedicin inneburit och kommer innebära för hälso- och sjukvården? Hur kommer detta påverka behandling av cancerpatienter och kostnaderna för cancervården? Vilka insatser kommer att krävas de kommande åren för att precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?

I överenskommelsen *Jämlik och effektiv cancervård med kortare väntetider 2021* mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner, ges RCC i samverkan uppdraget att analysera och beskriva dessa frågor. Arbetet genomförs i samverkan med relevanta aktörer och kommer att presenteras i en rapport under hösten 2021. Rapporten skall även besvara hur precisionsmedicin kan bli en naturlig del i RCCs arbete inom kunskapsstyrning och ett reellt stöd i vårdmötet genom till exempel utveckling av nationella vårdprogram, kvalitetsregister, patientöversikter och hälsodataregister.

För att få en samlad bild av kunskapsläget och pågående initiativ och för att vässa samverkan inom precisionsmedicin, bjuder RCC i samverkan och Nollvision cancer in till ett rundabordssamtal.

Moderatorer: Ebba Hallersjö Hult och Viktoria Asplund, Nollvision cancer

Tid och plats: onsdagen den 17 mars, kl. 13:00 – 16:00 på Zoom.

<https://hhs-se.zoom.us/j/64929029378>

12:45 **INLOGGNING**

13:00 **INTRODUKTION**

Välkomna

Ebba Hallersjö Hult, samordnare Nollvision cancer

Framtidens cancervård

Hans Hägglund, MD, professor, nationell cancersamordnare på SKR, Ordförande i RCC i samverkan, ordförande i Nollvision cancer

Srinivas Uppugunduri, adj. professor, verksamhetschef RCC Sydöst

13:15 **DEFINITION OCH TILLÄMPNING AV PRECISIONSMEDICIN**

13:15 **Vad är precisionsmedicin? - exempel från barn med cancer**

David Gisselsson Nord, professor i molekylär patologi och överläkare i patologi med ansvar för barn- och fosterpatologi i Södra Sjukvårdsregionen. Ordförande i GMS nationella arbetsutskott för genetisk sekvensering av barncancer.

13:30 FRAMSTEGEN INOM PRECISIONSMEDICIN

Korta föredrag inom de områden RCC särskilt ska belysa i rapporten

13.30 [Bred genomisk profilering – en förutsättning för precisionsmedicin](#)

Richard Rosenquist Brandell, professor och överläkare i klinisk genetik, Karolinska institutet/Karolinska universitetssjukhuset, ordförande i nationella ledningsgruppen för Genomic Medicine Sweden, GMS

13:40 [Tillämpning av flytande biopsier inom precisionsmedicin](#)

Fredrik Enlund, docent i molekylär patologi, chef Diagnostiskt Centrum, Region Kalmar län

13:50 [AI-baserade lösningar för beslutsstöd inom bilddiagnostik](#)

Claes Lundström, adjungerad professor, CMIV Centrum för medicinsk bildvetenskap och visualisering, Linköpings universitet. Forskningschef, Sectra AB.

14:00 [Precisionsmedicinsk läkemedelsbehandling av cancer](#)

Peter Nygren, överläkare och professor i cancerfarmakologi vid Akademiska sjukhuset/Uppsala universitet. Nationell koordinatör av projektet MEGALiT, ett nationellt samarbete om precisionsmedicin mellan sjukvård, akademi och industri

14:10 [Biomarkörer i blodet för att upptäcka cancer i ett tidigare skede](#)

Beatrice Melin, professor, överläkare vid Institutionen för strålningsvetenskaper, Umeå universitet

14:20 Paus 5 minuter – logga ej ur mötet

14:25 KONSEKVENSER OCH INSIKTER FÖR RCCs KOMMANDE ARBETE

Lägesuppdatering från pågående utredningar som presenteras i maj 2021

14:25 [Precisionsmedicinens påverkan på hälso- och sjukvården](#)

Johan Strömblad, projektledare, Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys

14:40 [Hälsoekonomiska bedömningar för precisionsmedicin och möjliga betalningsmodeller för gen- och cellterapi \(ATMP\)](#)

Anna Alassaad, projektledare, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV

Lägesuppdatering från samverkan för utveckling av precisionsmedicin

- 14:55 **Partnership for Precision Medicine in Cancer (PPMC)**
Simon Ekman, överläkare och docent i onkologi vid Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutet. Nodsamordnare för PPMC-nätverket.
- 15:05 **KI och Region Stockholm/Karolinska Universitetssjukhuset etablerar ett precisionsmedicinskt centrum**
Anna Martling, professor i kirurgi, Dekan Karolinska Institutet Nord, överläkare och kolorektalkirurg inom Tema Cancer, Karolinska Universitetssjukhuset. Leder den gemensamma *Taskforce för accelererad utveckling av precisionsmedicin*.
- 15:15 **Regeringens arbete och ambition genom Arbetsgruppen för Precisionsmedicin och ATMP – Prioriteringar i arbetet och möjligheter att koppla samman med RCCs arbete, NSG och nationella initiativ som Nollvision Cancer och GMS för att öka takten**
Frida Lundmark, sakkunnig LIF, koordinator för arbetsgruppen Precisionsmedicin och avancerade terapier inom Regeringens Samverkansgrupp Hälsa & Life Science

15:25 DISKUSSION I BREAK-OUT ROOMS

Målsättningen är att både bidra med kunskap, insikter och medskick till RCCs utredningsarbete och stärka förutsättningarna att arbeta holistiskt och målinriktat tillsammans för utvecklingen av precisionsmedicin i cancervården.

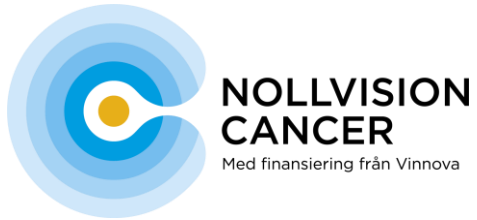
Digitala Breakout rooms leds av utsedda moderatörer som fördelar ordet och sekreterare som för anteckningar som kommer att sammanställas efter mötet. Den övergripande frågan har brutits ner i sex tematiska områden som diskuteras i sex olika rum och sedan redovisas kort i plenum.

1) Vilka insatser (*inom tematiskt område*) kommer att krävas de kommande åren för att precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?

2) Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

Tematiska områden

1. Teknikutveckling (data- och informationsstruktur, beslutsstöd)
2. Utveckling screening, diagnostik och behandling
3. Organisation, ledarskap och förändringsledning
4. Kunskapsutveckling och kompetensförsörjning
5. Kliniska studier, integrering av forskning och innovation i vården
6. Policyutveckling, regelverk, riktlinjer, ekonomi och etik



15:50 **ÅTERSAMLING, REFLEKTION OCH NÄSTA STEG**
Ebba Hallersjö Hult, Srinivas Uppugunduri och Hans Hägglund

16:00 **MÖTET AVSLUTAS**

SAMMANSTÄLLNING ANTECKNINGAR - DISKUSSION I BREAK-OUT ROOMS

- 1) Vilka insatser (*inom tematiskt område*) kommer att krävas de kommande åren för att precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?
- 2) Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

Tematiska områden

1. Teknikutveckling (data- och informationsstruktur, beslutsstöd)
2. Utveckling screening, diagnostik och behandling
3. Organisation, ledarskap och förändringsledning
4. Kunskapsutveckling och kompetensförsörjning
5. Kliniska studier, integrering av forskning och innovation i vården
6. Policyutveckling, regelverk, riktlinjer, ekonomi och etik

Grupp 1 – Teknikutveckling

Vilka insatser (inom tematiskt område) kommer att krävas de kommande åren för att precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?

- Knyt ihop informationen vi har. Måste komma patienten till godo. Finna de byggstenar som PM består av
- Incitamentsstrukturer - > få saker att röra sig åt rätt håll så att det kan komma till godo
- Reda ut silos och skapa rätt kopplingar
- Samverkansmodell med patientmedverkan -> se patienter som en tillgång
- Reda ut uppdelning och samla oss-> gemensamt system
- Bygga bottom-up med befintliga system-> det måste finnas sätt att åstadkomma detta
- (Ägande? Var tar jag de pengarna ifrån? Tillbaka till incitament)
- Ork, mandat och pengar
- Standardisera i hela Sverige -> System som kan hantera informationen och göra den tillgänglig
- Standardisering är viktig - > göra satsningar mellan analysmetoderna och flödet in till vården och patienten - >
- Viktigt att det görs tydligt att en standard ska följas.
- Göra det enkelt att hitta rätt kontakter för att komma framåt
–Kommunikationsinsatser för att göra flödet emellan olika delar tydligt =sammanhang-> ledarskapet
- Viktigt att KI/KS checkas mot det nationella
- Vad kan man göra karriär inom vården – satsa på nya roller, lyfta fram andra
- Adaptera istället för att uppfinna hjulet igen
- Kunskapsuppdatering
- Göra standardisering sexigt!

Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

- Ett nytt slags ledarskap för att kunna hantera organismen/att stötta utvecklingen (nya arbetssätt krävs och samordning av olika aktörer krävs)
- PM är inte linjärt och konstellationerna måste avspegla detta i sammansättning, målsättning, positionering samt leveranser (är inte en matrisorganisation -> PM området är en organism)
- Att alla är med rätt premisser och förstår varför man är med?
- Involvera myndigheter som vanligtvis inte finns med -> Tänka nytt i sammansättningen av grupper
- Nuvarande grupper inom Life Science involveras för att sätta press på politikerna att ändra regelverk etc (svårt att stå emot det som Sverige ställer sig bakom)
- Patienten involveras på rätt sätt
- Aktörer som kan skapa ett nytt, nödvändigt och vägvinnande narrativ

Grupp 2 – Utveckling screening, diagnostik och behandling

Vilka insatser (inom tematiskt område) kommer att krävas de kommande åren för att precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?

- Nationellt partnerskap mellan regioner och staten säkerställer jämlik implementering av PM
- Tydliga vårdprogram inklusive nytta av- och vilka biomarkörer som behövs och hur. Inte good to know utan need to know.
- Vad är vinsten med PM? Hur synliggör vi detta med tydliga exempel? Varje nytt test måste utvärderas och valideras, hur faciliteras detta?
- Hur inkluderar vi patienter och patientföreningar på ett bättre sätt? Inte bara genanalyser utan riskbedömningar är också viktiga.
- Tumörcellen gör sitt bästa för att undvika behandling, hur hänger vi med i tumörens utveckling genom hela patientresan? Helgenomssekvensering är kanske inte alltid rätt väg utan riktade paneler behövs parallellt.
- Indikation/diagnosgrupper eller gruppering utifrån biomarkörer. Tumöragnostiska behandlingar och behandlingsrespons. Behandla utifrån organ eller genetisk förändring eller kanske inte eller?
- Hur utvärderas terapier och nytta, speciellt när en terapi spänner många olika indikationer. Hur sällar vi snabbt bort de terapier som inte ger nytta?
- Finns inga bra modeller för att göra horisontella bedömningar, hur ska vi utveckla detta?
- Stora satsningar för att koordinerat och systematiskt införa PM där stat region företag och patientorganisationer är representerade.
- Idag större samarbete mellan kirurger och onkologer i framtiden även molekylär patologer inblandade initialt
- Mycket kvar att göra inom samverkan och med samordnande funktioner för att få med patientföreningar och patienterna.
- Mer utbildning behövs. Vi behöver bjuda in fler professioner.

Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

- Ökat samarbete inom vårdprogramgrupperna
- Ökat samarbete med kvastgrupper

Grupp 3 – Organisation, ledarskap och förändringsledning

*Vilket ledarskap kommer att krävas för att precisionsmedicin ska bidra till en god och jämlik vård?
Vem/vilka kan göra de insatser som krävs?*

Deltagarna förde en bred diskussion utifrån sina olika perspektiv. Bland nödvändiga insatser nämndes både strukturella åtgärder och "mjukare" faktorer för att säkerställa goda förutsättningar för att införa precisionsmedicin. Gruppen var överens om att aktörer på alla nivåer behöver omfattas och involveras, från politiker till vårdprofessionella. Nedan listas några av de mer konkreta förslagen utan inbördes rangordning.

Strukturella åtgärder

- Nya studieresultat inom precisionsmedicin måste snabbt komma in i nationella vårdprogram för att säkerställa systematik i implementeringen.
- Vårdutbildningar behöver reformeras så att metoder inom precisionsmedicin och AI introduceras tidigt.
- Chefer och personal inom vården behöver vidareutbildning på området. Viktigt att kompetensutveckling erbjuds över hela landet så att denna typ av vård kan erbjudas jämlikt.
- Utveckla riktlinjerna för ordnat införande av nya arbetsätt.

Förutsättningar

- Förståelse hos chefer för värdet av forskningsinvesteringar kontra dagens vårdproduktion.
- Tydliga uppdrag och stöttning från ledning och huvudmän kring hur prioriteringar ska göras.
- Bättre förståelse hos politiker kring samhälls- och patientnytta med nya terapier och arbetsätt.
- Tydligare politiskt ledarskap i frågor av övergripande karaktär, exempelvis infrastruktur för datadelning.
- Kompetensutveckling hos chefer kring implementeringsutmaningar och hur de kan hanteras praktiskt.
- Förståelse för den entreprenöriella karaktären i forsknings- och utvecklingsverksamhet och att för mycket/för tidig standardisering av införande kan verka hämmande.

Grupp 4 – Kunskapsutveckling och kompetensförsörjning

*Vilka insatser (inom tematiskt område) kommer att krävas de kommande åren för att
precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?*

- Två sätt att sprida kunskap: kollegor i vården (kunskap, vad är PM), grundutbildningen (brett – grund, vidareut., chefsnivå)
- Nya kompetenser, nya arbetsätt – multidisciplinärt, men även nya kategorier i teamet (hantering av stora mängder data, nya verktyg, konkurrensen kring denna typ av arb.kategori)
- Samverkan med sjukvården och akademins plats i detta – KTH/LTH osv, deras roll i att "skapa denna arb.kraft"
- Central utveckling av spetskompetensen (utmaningen trots det att vi halvsular befintlig personal)
- Öppna dörrarna kring bla. lagstiftning som första del

- Förutsättningar: kort och lång sikt (grundutb. så att denna hänger med i utvecklingstakten) möjligheter i kombinationsutbildningar? Examensarbeten i andra sektorer för att säkra koppling till ex. näringsliv osv. ST-utb, kombinationer (ex. Gbg - Chalmers) Primärvårdens roll. Vikten av att se till hela kedjan! Att säkerställa jämlikhet i alla delar av vården.
- Jämlikhet – drivandet från universitetssjukhusen, hur ser vi till att alla (även mindre, ekonomiskt inte lika starka) sjukhus hänger med?
- Nya kompetenser – hur möter vi det behovet i utbildningar. Finns dessa?
- Förståelse för vikten att ta upp frågan – internt inom vården
- Insatser riktade mot att följa upp metodik och arbetssätt – konkret ner på diagnosnivå (Det generiska arbetet i att följa upp vad vi gör!)
- Möjligheterna att vidareutveckla det som framkommer
- Avancerade hemsjukvården och den palliativa vården – precisionen om när vi ska sluta behandla (se precisionen i hela stadiet)

Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

- Det måste finnas grupper som säkerställer att om någon redan provat en lösning så behöver vi inte göra om men vi behöver kunna få VETA att det har gjorts (ex. regeringens samverkansgrupp, Nollvision cancer osv.)
- Sätt att dela på det gemensamma lasset av att införa/implementera – open science
- Locka människor in i den fortsatta utvecklingen – skapa attraktivitet för yrkesgrupper inom ex. IT att jobba inom vårdssystemet

Grupp 5 – Kliniska studier, integrering av forskning och innovation i vården

Vilka insatser (inom tematiskt område) kommer att krävas de kommande åren för att precisionsmedicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?

Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

- Snårigt för patienter att hitta studier som pågår. Patienter VILL vara med i studier men upplever inte att man erbjuder detta tillräckligt. Kan Norden vara en plattform? (för att möjliggöra för nordiska patienter att ingå i studier).
- Mer resurser/forsknings-sjuksköterskor behövs
- Utmaning: Precisionsmed. studier är mer komplexa än vanliga studier. Därför en utmaning/viktigt att förbereda vården på denna typ av studier. Viktigt att undvika att behöva återuppfinna hjulet – inom ex. Megalit har man etablerat erfarenheter/"knowhow" som kan återvinnas kring hur precisionsmed. studier organiseras/genomförs.
- Efterfrågar samverkan mellan prövningsenheter vid Univ. sjukhus och att dessa blir mer integrerade i sjukhusen, inte "satelliter"
- Efterfrågar mer plats för forskning i sjukvården – en fråga för linjeorganisationen
- Sverige är ett litet land och inte så intressant i globala (industri)studiesammanhang. Finns ju också prövar/akademiinitierade studier såklart. SAMORDNING nyckelord, såsom av administrativa och regulatoriska processer för att underlätta initierandet av studier, dvs minska administrativ börda pga. en massa avtal som behöver etableras med varje region (eller varje nordiskt land om nordisk kontext).

- RCC bör ta fram strategi för kliniska studier och forskning tex rörande sällsynta cancerformer som idag saknas
- Det går för långsamt med införande av nya läkemedel i Sverige jämfört med andra länder. Företag vill inte satsa på Sverige.
- Conditional reimbursement kan vara en väg framåt för att nya läkemedel ska kunna komma till användning snabbare (och därefter utvärderas med hjälp av register). Likaså kan pre-authorization use (dvs innan EMA-godkännande) behövas för att möjliggöra att så många behandlingsalternativ som möjligt ska finnas tillgängliga i forsknings-/studiesammanhang.
- Fråga: Är det svårt att hitta patienter till studier i Sverige?
 - Det kan vara så att studieprotokollet ifråga sätter begränsningar. Tex att biopsimaterial som tas inte är tillräckligt för avsedda tester, eller att alltför "friska" patienter efterfrågas till Im-prövning.
 - Dvs studier bör vara mer pragmatiska (för att vara genomförbara/patienter hittbara).

Grupp 6 – Policyutveckling, regelverk, riktlinjer, ekonomi och etik

Vilka insatser (inom tematiskt område) kommer att krävas de kommande åren för att

precision medicin kan användas för att säkerställa en god, jämlik och effektiv cancervård?

Vilka konstellationer av aktörer behövs för att uppnå detta?

- Dagens representation under mötet visar vilka aktörer som behöver samverka och samagera.
- Först: det behövs ansvarsfördelning mellan staten och olika aktörer, både för att hålla samman arbetet men också på policynivå.
- Om datadelning: regionerna ansvarar för att hälsodata finns tillgängligt, men hur finansieras detta och hur undviks undanträngningseffekter?
- Det måste finnas möjlighet att utveckla betalningsmodeller. Idag skriver regioner – inte staten - avtal med företagen, inte staten. Varje region fattar egna självständiga beslut. Det finns en samverkanstruktur och det är bra, men den behöver stärkas upp för att vara fullt fungerande. Regionerna måste samverka på nationell nivå för att åstadkomma vård på jämlik nivå.
- Många stora frågor är direkt avhängiga det regionala självstyret, som behöver samordnas för nationell samling. Till det kommer EU-nivån, där mycket arbete sker just nu. Det är viktigt att Sverige finns med i alla viktiga spår och inte missar möjligheter att både påverka och driva.
- Det måste satsas rätt resurser på sjukvårdens utveckling och transformation. Då behövs nationellt perspektiv, det regionala fungerar inte.
- Det behövs harmonisering av riktlinjer på alla nivåer. Det behövs modernisering av lagstiftning och riktlinjer.
- Hälsodatafrågan och betalningsmodeller. Det behövs också ett nytt system för att utvärdera hälsoekonomi när vi utvecklar nya läkemedel.