

Konsekvensbeskrivning – nationellt vårdprogram lungcancer

HSN 237-2025

Datum: 2502025

Detta är en nationell konsekvensbeskrivning av vårdprogrammet. Den kan användas som underlag för regionala konsekvensbeskrivningar i samband med remissrundan.

Incidens och prevalens

Lungcancer drabbar ca 4600 patienter årligen i Sverige för närvarande (4635 patienter 2023 enligt NLCR). Dessa fördelades 2023 mellan regionerna enligt: Stockholm-Gotland 1099, Mellansverige 966 Sydöst 410, Syd 935, Väst 886 och Norr 339 patienter respektive). Förändringar i utrednings- och uppföljningsrutiner påverkar samtliga dessa fall. Av det totala antalet lungcancerfall fall utgörs 80% av patienter med icke småcellig lungcancer (NSCLC) och knappt 15% av småcellig lungcancer. Till följd av förbättrade behandlingar noteras en ökning av 5 års prevalensen från 60 till 90 per 100 000 invånare de senaste 10 åren. Denna ökning bör beaktas då fler patienter behöver behandling och uppföljning. 5 års prevalensen bedöms fortsätta öka ytterligare under kommande 10 års period.

Den aktuella versionen av vårdprogrammet innehåller denna gång inga större förändringar som kan bedömas påverka regionerna i någon större utsträckning jämfört med 2024 års nationella vårdprogram. Det är dock värt att påpeka att det i många regioner föreligger bristande resurser för utredning och behandling av lungcancer vilket återspeglas i utredningstider som i flertalet regioner ligger över målnivåerna i standardiserat vårdförlopp lungcancer.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Inga särskilda synpunkter.

Antal patienter aktuella för behandling och uppföljning

Av Sveriges 4600 lungcancerpatienter är knappt 10 % i ett mycket påverkat allmäntillstånd (WHO PS 4) där utredningen blir begränsad, behandling sällan aktuell och palliativ vård ersätter uppföljning. Uppskattningsvis 70% av resterande patienter har ett gott eller lätt påverkat allmäntillstånd där full utredning och behandling oftast är aktuell. Resterande 20 % är i ett påverkat allmäntillstånd där behandling endast är indicerad vid SCLC eller vid specifika behandlingsprediktiva mutationer. Sammanlagt är således drygt 3000 lungcancerpatienter aktuella för fullständig utredning, behandling och uppföljning årligen i Sverige.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Inga särskilda synpunkter

Huvudsakliga förändringar

Vid den nu föreliggande uppdateringen av vårdprogrammet har samtliga kapitel reviderats något. De förändringar som kan få konsekvenser för verksamheten redovisas nedan.

LÄKEMEDELSBEHANDLING

Läkemedelsbehandlingskapitlet har genomgått en genomgripande revision och uppdatering. Denna gång bedöms de förändrade rekommendationerna inte innebära en signifikant ökad ekonomisk belastning för regionerna jämfört med 2023 års vårdprogram

NSCLC stadium I-III

Postoperativ adjuvant målriktad behandling etablerades i samband med 2024 års version av vårdprogrammet för EGFR muterade lungcancerpatienter. **I samband med föreliggande revision** rekommenderas även postoperativ målriktad behandling under 2 år för ALK translokerade patienter.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Patientgruppen som kommer ifråga för postoperativ behandling med ALK hämmare bedöms som liten och ändringen kommer sannolikt inte att i någon högre omfattning påverka regionernas läkemedelsbudget i dagsläget. Notabelt är dock att med ett förväntat ökat antal patienter som planeras för postoperativ målriktad behandling kommer behovet av kontaktsjuksköterskor för behandlingsuppföljning sannolikt att ökat över tid.

NSCLC stadium II-III

Ytterligare studier av pre- och perioperativ kemoimmunterapi presenteras i det nu aktuella vårdprogrammet. Om preoperativ medicinsk behandling övervägs rekommenderas preoperativ kemoimmunterapi eller perioperativ kemoimmunterapi. Detta bedöms under kommande år inte leda till någon påtaglig ytterligare kostnadsökning för regionerna då denna behandling för dessa patienter i viss utsträckning ersätter den sedan tidigare rekommenderade postoperativa adjuvanta cytostatikabehandlingen och immunterapi som sedan tidigare rekommenderas.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

En marginell kostnadsökning för immunterapi kan eventuellt förutspås då ett mindre antal patienter sannolikt kommer att rekommenderas perioperativ kemoimmunterapi vilket medför längre behandlingstid (1år istället för 2 månader). Patientgruppen bedöms dock vara förhållandevis liten.

NSCLC stadium IV

Målriktad behandling. Uppskattningsvis 400 patienter har vid diagnos en prediktiv markör som möjliggör målriktad behandling med proteinkinashämmare (EGFR+, ALK+, ROS1+, BRAF+, NTRK, RET) i första linjen. I den nu aktuella versionen av det nationella vårdprogrammet för lungcancer har inga nya rekommendationer som beräknas påverka regionernas ekonomi införts. Kombinationen enkorafenib och binimetinib presenteras som ett alternativ till dabrafenib och trametinib vid BRAF V600E muterad lungcancer.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Nyheterna i målriktad behandling bedöms inte resultera i några större ekonomiska eller organisatoriska förändringar.

Immunterapi. Immunterapi blev i och med 2020 års vårdprogram den vanligaste och viktigaste behandlingsmodaliteten vid metastaserad NSCLC, ensamt eller i kombination med cytostatika. I denna version av vårdprogrammet har inga genomgripande förändringar av rekommendationerna genomförts. Två nya preparat har tillkommit med denna version av vårdprogrammet. CTLA4 hämmaren tremelimumab samt PD1 hämmaren tislelizumab. Försättningsvis rekommenderas kemoterapi i kombination med pembrolizumab, atezolizumab, cemiplimab eller tislelizumab alternativt kemoterapi i kombination med ipilimumab och nivolumab eller tremelimumab och durvalumab i första linjen. För patienter med PDL1>50% kan monoterapi med pembrolizumab, atezolizumab eller cemiplimab övervägas som alternativ till kombinationsbehandling. Samtliga rekommenderade läkemedel för immunterapi finns också med i NT-rådets rekommendationslista, med tillägget att man bör välja det billigaste preparatet (ref JANUSINFO). I vårdprogrammet gör vi ingen sådan prioritering baserad på hälsoekonomiska analyser, fr.a. då upphandlade priser inte är offentliga.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

De nya immunterapipreparaten och kombinationerna kommer vid introduktion att ersätta andra behandlingar eller behandlingskombinationer och bedöms därför inte föranleda några signifikanta ökningsar av läkemedelskostnaderna för regionerna.

UTREDNING

Denna uppdatering innehåller inga betydelsefulla förändringar av rekommenderad utredningsgång vid misstanke om lungcancer. Vårdprogramsgruppen konstaterar dock att ledtiderna för lungcancerutredning vida överstiger de som specificeras i SVF lungcancer och snarast har en tendens att öka.

Vårdprogramsgruppens bedömning är att en ökad kapacitet för utredning av misstänkta lungcancerfall behövs i flertalet regioner för att de faktiska utredningstiderna skall närmas de stipulerade intervallen i SVF lungcancer. Detta ställer krav på ökade resurser inom flera områden såsom lungmedicin, bild- och funktionsmedicin samt molekylär patologi.

Inom lungmedicin krävs en utökad kapacitet för avancerade bronkoskopiundersökningar i de flesta regioner idag. Inom bild- och funktionsmedicin kommer användningen av DT och MRT att öka då överlevnaden för patientgruppen blir allt längre och behovet för MRT hjärna för vissa patientgrupper bedöms öka framgent (patienter med SCLC och patienter med NSCLC pos för behandlingsprediktiva mutationer). Inom patologin är behovet av en ökad kapacitet för molekylärpatologisk diagnostik fortsatt stort. I vårdprogrammet rekommenderas idag testning av EGFR, BRAF, KRAS, MET, ALK, ROS1, RET, NTRK, ERBB2 och PD-L1 för alla patienter med NSCLC.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Molekylärpatologisk diagnostik är sedan länge viktigt för behandlingsbeslut för alla patienter med lungcancer, oavsett stadium. Nu introduceras ytterligare en grupp patienter (ALK translokerade) där postoperativ målinriktad behandling rekommenderas. Resurserna för molekylärpatologisk diagnostik behöver stärkas för att korta svarstiderna. Med en ökad lungcancerprevalens (till följd av förlängd överlevnad och ökande incidens) kommer resurserna för uppföljning och behandlingsmonitorering att öka. Detta kommer att kräva förstärkningar inom radiologi och lungmedicin i ett flertal regioner.

Förändringar av verksamhet och organisation

Det föreliggande vårdprogrammet ställer fortsatt stora krav på mediastinal staging som ett led i utredningen. Detta kommer att kräva en fortsatt utbyggnad av kapaciteten för avancerade utredningsmetoder som EBUS och andra avancerade bronkoskopiska metoder. Vidare kommer utnyttjandet av molekylärpatologisk diagnostik att öka ytterligare. Kraven på utredning med bredare genpaneler ökar liksom behovet att genomföra analyser av cirkulerande tumör DNA. Detta kommer att kräva ytterligare resurser för molekylärpatologisk diagnostik vid de centra som idag bedriver sådan verksamhet. Ett utökat stöd i form av koordinatörer eller kontaktsjuksköterskor för inrapportering i IPÖ kan behövas i vissa regioner.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Resurserna för avancerade bronkoskopiundersökningar och interventioner är begränsade i regionen. Resurser för EBUS och mediastinal staging behöver förstärkas i samtliga regioner och resurser för såväl thoraxradiologi som molekylärpatologi behöver förstärkas.

Centralisering och decentralisering

En del av utredning och behandling av lungcancerpatienter är centraliserad till universitetssjukhus och regionsjukhus. Kirurgisk behandling, kurativ strålbehandling och molekylärpatologisk diagnostik är centraliserad till framför allt universitetssjukhus och regionsjukhus. Patienter med lungcancer är ofta äldre och inte sällan i ett påverkat allmäntillstånd och behöver åtminstone delar av vården på nära håll. Avancerade bronkoskopiska utredningsmetoder som mediastinal staging kommer att behöva vara centraliserade till ett eller två centra per region av kompetensförsörjningsskäl. Några vinster med ytterligare centralisering av den svenska lungcancersjukvården bedöms i dagsläget ej vara till gagn för patientgruppen.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Det finns sedan lång tid tillbaka ett mycket gott samarbete mellan regionerna gällande lungcancersjukvården. Förutom kirurgisk behandling, kurativ strålbehandling, avancerad molekylärpatologi och interventionell bronkoskopi bedöms det inte att några ytterligare centraliseringar skulle vara till gagn för verksamheten.

Ökade kostnader

Det nu föreliggande vårdprogrammet kommer sannolikt inte att leda till ökade läkemedelskostnader för regionerna jämfört med 2024 års nationella vårdprogram. Behoven för avancerade utredningsmetoder som EBUS och navigationsledda bronkoskopiska biopsier kommer även fortsättningsvis att öka vilket kommer att kräva en utbyggnad av den avancerade utredningsverksamheten i flera regioner. En utbyggnad av resurser för molekylärpatologi kommer sannolikt att vara förknippad med ökade kostnader samtidigt som behovet av resurser inom bild- och funktionsmedicin kommer att öka i takt med att prevalensen av lungcancer stadigt ökar.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Det nu föreliggande vårdprogrammet för lungcancer innebär i sig inte några tydligt ökade kostnader för regionerna. Ett behov av förstärkning av resurserna för utredning och uppföljning föreligger.

Resurs- och kostnadsbesparande åtgärder

Efter implementering av det föreliggande vårdprogrammet kan ytterligare en viss förbättring av överlevnaden vid lungcancer förväntas. En del av de behandlingar som introduceras har färre allvarliga biverkningar än konventionella cytostatikabehandlingar vilket kan minska kostnaderna för understödande behandling.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Inga särskilda synpunkter

Etiska aspekter

Rekommendationerna för behandling i föreliggande vårdprogram kan medföra förlängd överlevnad och bättre hälsotillstånd vilket innebär ökad autonomi och integritet i vardagslivet för lungcancerpatienter. Baksidan är möjligen att en längre tids behandling medför ökad kontakt med sjukvården och att tiden med låggradiga biverkningar av immunterapi och målriktad behandling blir längre.

Synpunkter gällande norra sjukvårdsregionen

Inga särskilda synpunkter

Norra sjukvårdsregionen lämnar ett gemensamt remissvar, efter beslut i det sjukvårdsregionala programområdet för cancervården (RPO Cancer). Vad föreslår processarbetsgruppen att sjukvårdsregionen framför i sitt remissvar?

Processgruppen bedömer att vårdprogrammet är välskrivet och att rekommendationerna är rimliga.

Ser processarbetsgruppen några uppenbara konsekvenser som vårdprogrammet och/eller SVF kan medföra för patienter som inte har cancer?

Nej.

Har alla regioner deltagit i framtagandet av den sjukvårdsregionala konsekvensbeskrivningen? om nej vilken fattas?

Samtliga regioner har deltagit i framtagandet av denna regionala konsekvensbeskrivning.