

Umeå 2026-02-10

Inskickat via webbenkät 2026-10-12

Hej!

Rutinen för oss i norra sjukvårdsregionen när ett nationellt vårdprogram går på remissrunda är att den sjukvårdsregionala processledaren vid RCC Norr för berört område får i uppdrag att skriva en sjukvårdsregional konsekvensbeskrivning, som utgår från den nationella konsekvensbeskrivningen. Där beskrivs vad det nya vårdprogrammet innebär för sjukvårdsregionen. Konsekvensbeskrivningen stäms av med den sjukvårdsregionala vårdprocessgruppen och diskuteras i möte mellan den sjukvårdsregionala processledaren regionernas cancersamordnare och därefter i respektive regions lokala programområde för cancervården, LPO Cancer.

Konsekvensbeskrivningen skickas tillsammans med vårdprogrammet till det sjukvårdsregionala programområdet för cancervården, RPO Cancer. RPO Cancer tar ställning till vårdprogrammet utifrån processledarens konsekvensbeskrivning och diskussioner i respektive regions LPO Cancer, och lämnar eventuella synpunkter utifrån linjeorganisationsperspektiv. Eventuella synpunkter sammanställs och därefter lämnar norra sjukvårdsregionen ett gemensamt remissvar. Norra sjukvårdsregionen innefattar Region Jämtland Härjedalen, Region Norrbotten, Region Västerbotten och Region Västernorrland.

Det *Nationella vårdprogrammet för Mantelcellslymfom* har gått igenom detta förfarande och har behandlats i RPO Cancer.

Allteftersom behandling av olika cancerdiagnoser blir allt bättre, blir det allt fler patienter som ingår i olika uppföljningsprogram. Uppföljning efter cancerbehandling tar därmed ständigt mer av sjukvårdens resurser. Det är därför viktigt att uppföljningsprogrammen efter cancerbehandling är evidensbaserade och värdeskapande för patienterna. RPO Cancer har därför ett generellt önskemål att vårdprogrammgrupperna i rekommendationerna i vårdprogrammen begränsar uppföljningsprogrammen så långt det är möjligt och endast baserar dem på befintlig evidens. Där evidens saknas bör man bedriva uppföljning inom ramen för kliniska studier.

I väntan på nya beslut från TLV avrådes från att i NVP för MCL rekommendera ibrutinib enligt TRIANGLE-studiens slutsatser, dvs som första linjes behandling till yngre patienter som idag genomgår ASCT efter initial kemoimmunterapi. Detta eftersom det inte följer omfattningen av TLVs förmånsberättigande.

MCL-behandling med akalabrutinib och pirtobrutinib följer TLVs rekommendation för läkemedlen och är därmed okontroversiellt att rekommendera i NVP för MCL.

En bedömning från vårdprogramgruppen av hur många fler patienter som kommer vara aktuella för CAR-T terapi är önskvärd. Vi skulle även önska en uppskattning av hur totalkostnaden påverkas av att fler troligen kommer att bli aktuella för CAR-T terapi och färre blir aktuella för ASCT. ställer sig bakom vårdprogrammet och har inte några önskemål om justeringar utifrån ett linjeperspektiv.

På uppdrag av RPO Cancer
Lena Hjerm, sekreterare RPO Cancer