Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2016-05-11

LS 2016-0214

Landstingsstyrelsen

Yttrande över nationell och regional nivåstrukturering av sex behandlingsinsatser inom cancervården

Föredragande landstingsråd: Ella Bohlin

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting har inbjudits av Regionala cancercentrum i samverkan att lämna svar på en remiss om en nationell och regional nivåstrukturering av sex behandlingsinsatser inom cancervården.

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande till Regionala cancercentrum i samverkan i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande

att uppdra åt landstingsdirektören att senast den 1 juni 2016 för Karolinska Universitetssjukhuset ansöka om uppdrag som nationellt centrum för kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer, kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad bukspottkörtelcancer samt retroperitoneal lymfkörteltömning vid testikelcancer

att omedelbart justera beslutet.

Landstingsrådsberedningens motivering

Staten och SKL har träffat en överenskommelse om att arbeta med nivåstrukturering inom cancervården. Syftet är att samla behandlingar och operationer vid ovanliga tillstånd till ett fåtal enheter i landet. Detta för att uppnå erfarenhet av och skicklighet i behandlingen.

Regionala cancercentrums samverkansgrupp rekommenderar vilken vård som kan samlas i nationella vårdenheter. Samverkansgruppen har utvecklat en arbetsmetod för att ta fram inom vilka behandlingsområden nivåstrukturering kan ske. Det första steget är att en sakkunniggrupp föreslår vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras. Samverkansgruppen tillfrågar sedan landsting och regioner om de anser sig kunna utföra vårdinsatsen med de krav och kriterier som ställs upp. Samverkansgruppen föreslår sedan för landstingen - med bl a

remissvaren som grund - en beslutsrekommendation vid hur många och vid vilka enheter den aktuella vården bör utföras.

Genom remiss har nu landstingen ombetts yttra sig över förslag om koncentration av behandling med botande syfte av följande delar av vård vid cancer:

1. Lever- och gallvägscancer.
2. Bukspottskörtetcancer.
3. Retroperitoneal lymkörtelutrymning vid testikelcancer.
4. Äggstockscancer.
5. Njurcancer.
6. Cystektomi vid urinblåscancer.

Karolinska Universitetssjukhuset har framfört att de uppfyller kraven inom nedanstående områden och att sjukhuset kan vara en nationell vårdenhet inom dessa områden. En ansökan kommer att skickas in med förslag om att Karolinska Universitetssjukhuset ska kunna vara verksamt som nationellt centrum inom följande områden:

- Kirurgisk behandling av perihilär gallvägstumör.
- Kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad bukspottkörtelscancer.
- Retroperitoneal lymfkörteltömning vid testikelcancer.

Landstingsstyrelsen tillstyrker att landstingsdirektören ansöker om att Karolinska Universitetssjukhuset ska kunna vara nationellt centrum inom cancervården för ovanstående tre områden. Ansökan sänds in senast den 1 juni 2016.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 2 maj 2016
Förslag till yttrande
Remiss avseende nationell nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancervården exklusive bilagor

Torbjörn Rosdahl

Ella Bohlin

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-05-02

LS 2016-0214

Handläggare:
Anna Prestjan

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -05- 04
Dnr LS 2016-0214
Rotel II

Landstingsstyrelsen

Yttrande över nationell och regional nivåstrukturering av sex behandlingsinsatser inom cancervården

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting har inbjudits av Regionala cancercentrum i samverkan att lämna svar på en remiss om en nationell och regional nivåstrukturering av sex behandlingsinsatser inom cancervården.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 2 maj 2016
Förslag till yttrande
Remiss avseende nationell nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancervården exkl bilagor

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande till Regionala cancercentrum i samverkan i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande

att uppdra åt landstingsdirektören att senast den 1 juni 2016 för Karolinska Universitetssjukhuset ansöka om uppdrag som nationellt centrum för kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer, kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad bukspottkörtelcancer samt retroperitoneal lymfkörteltömning vid testikelcancer

att omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Regionala cancercentrum i samverkan har skickat en remiss om ett förslag om nationell och regional nivåstrukturering av sex behandlingsinsatser inom cancervården till landstingsstyrelsen i Stockholms läns landsting.

Förvaltningen föreslår att lämna svar på remiss till Regionala cancercentrum i samverkan i enlighet med förslag till yttrande, samt att samtidigt ansöka om nationellt uppdrag för de behandlingar som är aktuella för sådant uppdrag.

Bakgrund
Stockholms läns landsting har inbjudits av Regionala cancercentrum i samverkan att lämna synpunkter på ett förslag om nationell och regional nivåstrukturering av följande behandlingsinsatser inom sex cancerområden:

- kurativt syftande kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer
- kurativt syftande kirurgisk behandling vid pankreas- och periampullär cancer (bukspottkörtelcancer)
- retroperitoneal (bakom bukhinnan) lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
- all primär behandling samt behandling vid utveckling eller återfall vid äggstockscancer
- kirurgisk behandling vid njurcancer
- cystektomi vid urinblåsecancer (bortoperation av urinblåsan).

Nivåstrukturering innebär att göra en arbetsfördelning mellan olika vårdenheter för olika delar i en vårdprocess (nivåer). Detta innebär att vården koncentreras till färre sjukhus, där patienter kan få vård oavsett var de bor i landet. Koncentrationen innebär högre kvalitet i vården och ökade förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling. Nationell nivåstrukturering innebär att en given vårdinsats inte görs i alla sjukvårdsregioner, utan koncentreras till några få sjukhus i landet. Regional nivåstrukturering innebär att en vårdinsats koncentreras till en vårdgivare i regionen, vanligen ett universitetssjukhus.

Förslaget innebär nationell nivåstrukturering och två nationella vårdenheter per behandlingsinsats för följande behandlingsinsatser:

- kirurgisk behandling vid perihilära gallvägstumörer
- kurativt syftande kirurgisk behandling vid lokalt avancerad pankreascancer
- retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer.

Detta innebär att ovan nämnda behandlingar koncentreras till två sjukhus i landet, och alltså är aktuella för nationella uppdrag.

För lever- och gallvägscancer och pancreas- och periampullär cancer föreslås även regional nivåstrukturering, det vill säga att viss verksamhet i

vårdprocessen inom respektive område koncentreras till ett sjukhus per sjukvårdsregion (totalt sex vårdenheter). Förslaget omfattar på samma sätt regional nivåstrukturering och en vårdenhet per region vad gäller de specificerade behandlingsinsatserna inom övriga tre cancerområden: äggstockscancer, njurcancer och urinblåsecancer.

Förslaget omfattar bara antal nationella/regionala vårdenheter, inte var dessa ska lokaliseras.

Regionala cancercentrum i samverkan vill att Stockholms läns landsting lämnar synpunkter per cancerområde. Förutom remissvar ska de landsting som önskar ansvara för ett nationellt uppdrag också ansöka om detta.

Överväganden
Tjänsteutlåtandet har tagits fram i samråd med Karolinska Universitetssjukhuset och hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som delar förvaltningens syn i frågan.

Förvaltningen stödjer förslaget om nationell nivåstrukturering och antal vårdenheter för behandlingsinsatserna

- kirurgisk behandling vid perihilära gallvägstumörer
- kurativt syftande kirurgisk behandling vid lokalt avancerad pankreascancer
- retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Karolinska Universitetssjukhuset har intresse av att åta sig nationellt vårdansvar på vart och ett av dessa områden, och föreslår därför att Stockholms läns landsting ska ansöka om nationellt uppdrag för alla tre behandlingarna. Samtliga tre utförs i dag av Karolinska Universitetssjukhuset inom ramen för välfungerande verksamheter.

Förvaltningen stödjer också förslaget till regional nivåstrukturering för lever- och gallvägscancer och pancreas- och periampullär cancer, som innebär att viss verksamhet i vårdprocessen inom respektive område koncentreras till ett sjukhus per sjukvårdsregion (totalt sex vårdenheter).

Förvaltningen stödjer slutligen även förslaget till regional nivåstrukturering och en vårdenhet per region vad gäller behandlingsinsatser inom övriga tre cancerområden: äggstockscancer, njurcancer och urinblåsecancer.

Förvaltningen stödjer förslaget om nationell nivåstrukturering och föreslår att ansökan om nationellt uppdrag enligt ovan ska sändas in.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Kostnader och intäkter för det utökade vårdansvaret hanteras inom Karolinska Universitetssjukhusets befintliga budget.

Miljökonsekvenser av beslutet

I enlighet med landstingets Miljöpolitiska program 2012-2016 har hänsyn till miljön beaktats och slutsatsen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbedömning i detta ärende.

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Anna Nergårdh
Chefläkare

Landstingsstyrelsen

YTTRANDE
2016-05-24

LS 2016-0214

SKL
Avdelningen för vård och omsorg

Yttrande över nationell och regional nivåstrukturering av sex behandlingsinsatser inom cancervården

Sammanfattning

Stockholms läns landsting stödjer Regionala cancercentrum i samverkans förslag till nationell och regional nivåstrukturering av de sex specificerade behandlingsinsatserna inom cancervården.

Lever- och gallvägscancer, kurativt syftande kirurgisk behandling

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Svar: Ja. Sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Svar: Ja. Sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

Svar: -

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

Svar: Ansökan inlämnas tillsammans med yttrande.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Svar: Eftersom Karolinska Universitetssjukhuset idag handlägger flest av de aktuella patientgrupperna i Sverige skulle detta innebära att många patienter drabbas och behöver flyttas för åtgärder i en annan sjukvårdsregion. Sedan länge mycket väl fungerande vårdkedjor, vårdutvecklingsprojekt och forskningsprojekt för de aktuella patientgrupperna skulle dessutom brytas. På längre sikt kan detta leda till bristande kompetens inom närliggande kliniska områden, till exempel levertransplantationsbehandling av perihilära tumörer.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Svar: Karolinska Universitetssjukhuset är redan idag regionalt centrum inom Stockholms läns landsting, region Gotland samt region Sörmland och Örebro för kurativt syftande kirurgi vid perihilära gallvägstumörer. Inom samma vårdkedja är Karolinska Universitetssjukhuset också ansvarigt för all kurativt syftande kirurgi vid lever- gallvägs- och pankreascancer. Vårdkedjan är dokumenterat välfungerande med väl etablerade remissvägar, två telefon-/videokonferenskontakter, regionövergripande gemensamma mottagningar via videolänk, fyra regionala multidisciplinära terapikonferenser (MDK) per vecka samt koordinering av en nationell multidisciplinär konferens per vecka. Vidare leder Karolinska Universitetssjukhuset årliga nätverksmöten för ovanstående nätverk inom övre abdominell kirurgi. Sedan flera år finns tillgång till specialist inom övre abdominell kirurgi via mobiltelefon (kontorstid samt lördags- och söndagsdygn). Varje patient som tas om hand inom vårdkedjan får en kontaktsjuksköterska. Denna redan mycket väl etablerade och fungerande vårdkedja har vi för avsikt att utnyttja om vi får det nationella vårdansvaret.

Om vi inte får det nationella vårdansvaret har vi för avsikt att fullfölja utredning inför ställningstagande till kirurgi vid dessa sjukdomstillstånd samt eftervård efter att sådan kirurgi skett, allt enligt gällande

vårdprogram. Vidare ska vi aktivt delta i de multidisciplinära konferenserna för att vår regions patienter ska få den bästa vården. Vi ska se till att det finns kontaktsjuksköterskor som kan stödja att processen blir välfungerande.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Svar: En praktisk konsekvens för patienter och närstående är att det sannolikt blir längre geografiskt avstånd för dem. Det kan också innebära något försämrad kontinuitet för de relativt få patienter som idag utreds, opereras och eftervårdas på centra som inte kommer att få det nationella vårdansvaret. För det stora flertalet patienter kommer dock fortsättningsvis utredning och eftervård ske vid samma sjukhus. De stora fördelarna för patienter och närstående är att man kan åstadkomma en både jämlik och likvärdig vård, där alla oavsett hemort kan få tillgång till den bästa vården och den högsta kompetensen. Det är till exempel väl känt och vetenskapligt bevisat att större operationsvolymer leder till färre komplikationer, mindre allvarhetsgrad av de komplikationer som uppstår, lägre dödlighet i samband med ingreppet samt bättre långtidsöverlevnad. Dessutom kommer patienterna sannolikt i större grad kunna beredas möjlighet att delta i forskningsstudier och i vårdutvecklingsprojekt.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)?

Svar: Ja, vi stödjer förslagen om regional nivåstrukturering inom området kurativt syftande behandling av lever- och gallvägstumörer.

Pankreas- och Periampullär cancer, kurativt syftande kirurgisk behandling

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Svar: Ja. Sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Svar: Ja. Sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till aktuell vårdenhet. Vården av denna patientkategori är redan centraliserad till Karolinska Universitetssjukhuset inom region Stockholm-Gotland och genom avtal med Landstinget Sörmland.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

Svar: -

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

Svar: Ansökan inlämnas tillsammans med yttrande.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Svar: Karolinska Universitetssjukhuset är idag det centrum som har störst erfarenhet i landet såväl kliniskt som forskningsmässig av lokalt avancerad pankreascancer och som utför ungefär hälften av all kurativt syftande kirurgi på denna patientgrupp i Sverige. Om det nationella uppdraget läggs i en annan region innebär det dels att fler patienter som har lokalt avancerad pankreascancer behöver flyttas för åtgärder till en annan sjukvårdsregion, dels att pågående och sedan länge uppbyggda mycket väl fungerande vårdutvecklingsprojekt och forskningsprojekt (såsom immunterapi av cancer) bryts och i motsvarande grad måste byggas upp på annat håll där de idag saknas.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Svar: Karolinska Universitetssjukhuset är idag etablerat regionalt som vårdgivare inom lokalt avancerad pankreascancer inom Stockholm-Gotland samt genom avtal med Landstinget Sörmland. Karolinskas vårdkedja är dokumenterat välfungerande med väletablerade remissvägar, såväl regionalt som nationellt, och med fyra regionala telemedicinska MDK per vecka samt ansvar och administrering av en nationell telemedicinsk MDK.

På liknande sätt är Karolinska också ansvarig för all kurativt syftande kirurgi vid lever-, gallvägs-, esofagus- och ventrikelcancer. Sedan flera år finns tillgång till specialist inom övre abdominell kirurgi via mobiltelefon dygnet runt. Varje patient som tas om hand inom vårdkedjan får en kontaktsjuksköterska. Denna redan mycket väl etablerade och fungerande vårdkedja har vi för avsikt att utnyttja om vi får det nationella vårdansvaret.

Om vi inte får det nationella vårdansvaret avser vi att fullfölja utredning inför ställningstagande till kirurgi vid dessa sjukdomstillstånd samt eftervård efter att sådan kirurgi skett, allt enligt gällande vårdprogram. Vidare ska vi aktivt delta i (men inte längre administrera) de nationella multidisciplinära konferenserna för att vår regions patienter ska få den bästa vården. Vi ska också se till att det finns kontaktsjuksköterskor som kan stödja att processen fungerar väl.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Svar: En praktisk konsekvens för patienter och närstående är att det sannolikt blir längre geografiskt avstånd för dem. Det kan också innebära något försämrad kontinuitet för de relativt få patienter som idag utreds, opereras och eftervårdas på centra som inte kommer att få det nationella vårdansvaret. För det stora flertalet av patienterna kommer dock fortsättningsvis utredning och eftervård ske vid samma sjukhus. Notera också att nya tekniska lösningar såsom videolänkade mottagningsbesök delvis kan motverka dessa nackdelar.

Nationella data talar för att andelen patienter med lokalt avancerad pankreascancer som erbjuds kurativt syftande behandling och opereras är för låg och ojämlikt fördelad i landet. De stora fördelarna för patienter och närstående är att man kan åstadkomma en både jämlik och likvärdig vård, där alla oavsett hemort kan få tillgång till den bästa vården och den högsta kompetensen. Det är till exempel väl känt och vetenskapligt bevisat att större operationsvolymer leder till färre komplikationer, mindre allvarhetsgrad av de komplikationer som uppstår, lägre dödlighet i samband med ingreppet samt bättre långtidsöverlevnad. Dessutom kommer patienterna sannolikt i större grad kunna beredas möjlighet att delta i forskningsstudier och i vårdutvecklingsprojekt. Potentiellt skulle dubbelt så många patienter jämfört med i dag kunna erbjudas möjlighet till bot. Slutligen innebär koncentrationen att fler kan erbjudas möjligheten att delta i vetenskapliga forskningsstudier kring nya innovativa terapier (som exempelvis cell- och immunterapi), något som är nödvändigt för att i framtiden förbättra prognosen för denna dödligaste av cancerformer.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)?

Svar: Ja, vi stödjer att övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas- och periampullär cancer (utöver kirurgi vid lokalt avancerad pankreascancer) utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Svar: Ja. Sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Svar: Ja. Sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

3. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret.

Svar: -

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

Svar: Ansökan inlämnas tillsammans med yttrande.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Svar: Karolinska Universitetssjukhuset handlägger i dag nästan 40 procent av patienterna som ska genomgå retroperitoneal körtelutrymning för testikelcancer i Sverige. Om det nationella uppdraget läggs i en annan region innebär det dels att fler patienter som ska genomgå retroperitoneal körtelutrymning för testikelcancer behöver flyttas för åtgärder till en annan sjukvårdsregion, dels att pågående och sedan länge uppbyggda mycket väl fungerande vårdkedjor, vårdutvecklingsprojekt och forskningsprojekt för den aktuella patientgruppen bryts och i motsvarande grad måste byggas upp på annat håll där de idag saknas.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

Svar: Karolinska Universitetssjukhuset är redan idag regionalt centrum inom Stockholms läns landsting och region Gotland avseende retroperitoneala lymfkörtelutrymningar för testikelcancer. Vi utför redan cirka 15 av de totalt 40 ingrepp som årligen görs i landet. Vårdkedjan är dokumenterat mycket välfungerande med väl etablerade remissvägar och MDK i nätverket runt patienterna. Vid en nationell nivåstrukturering med två nationella centra så får vi turas om att ansvara för den nationella MDK-verksamheten som sänds via video, så som man gör inom peniscancerflödet. Efter beslut om kirurgi vid nationell MDK tar urologiska kliniken över ansvaret. Urologiska kliniken ansvarar för löpande kontakt med anhöriga och remittent under vårdtillfället, inklusive överrapportering i samband med utskrivning. Urologiska kliniken ansvarar för att ordna ett återbesök 4-6 veckor efter operationen. Vid eventuella sena komplikationer när patienten åter är i hemlandstinget ansvarar urologiska kliniken för att ge stöd och råd och även för att vid behov ta tillbaka patienten till urologiska kliniken om detta krävs för att lösa problemet.

Om vi inte får det nationella vårdansvaret avser vi att fullfölja utredning inför ställningstagande till kirurgi vid dessa sjukdomstillstånd samt eftervård efter att sådan kirurgi skett, allt enligt gällande vårdprogram. Vidare skall vi aktivt delta i de multidisciplinära konferenserna för att vår regions patienter skall få den bästa vården. Vi ska också se till att det finns kontaktsjuksköterskor som kan stödja att processen fungerar väl.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Svar: En praktisk konsekvens för patienter och närstående är att det sannolikt blir längre geografiskt avstånd för dem. Det kan också innebära

något försämrad kontinuitet för de relativt få patienter som idag utreds, opereras och eftervårdas på centra som inte kommer att få det nationella vårdansvaret. För det stora flertalet av patienterna kommer dock fortsättningsvis utredning och eftervård ske vid samma sjukhus.
De stora fördelarna för patienter och närstående är att man kan åstadkomma en både jämlik och likvärdig vård, där alla oavsett hemort kan få tillgång till den bästa vården och den högsta kompetensen. Det är till exempel väl känt och vetenskapligt bevisat att större operationsvolymer leder till färre komplikationer, mindre allvarhetsgrad av de komplikationer som uppstår, lägre dödlighet i samband med ingreppet samt bättre långtidsöverlevnad. Dessutom kommer patienterna sannolikt i större grad kunna beredas möjlighet att delta i forskningsstudier och i vårdutvecklingsprojekt.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)?

Svar: Ja, Vi stödjer förslaget om regional nivåstrukturering inom området retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer.

Äggstockscancer

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)?

Svar: Ja, vi stödjer förslaget om regional nivåstrukturering avseende kirurgisk behandling av ovarialcancer.

Njurcancer, kirurgisk behandling

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)?

Svar: Ja, vi stödjer förslaget om regional nivåstrukturering avseende njurcancer. Vi anser att kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ som ska utföras vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion, även fortsättningsvis ska ske på Karolinska Universitetssjukhuset.

Urinblåsecancer, cystektomi

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer, viss bukspottkörtelcancer, ovarialcancer, njurcancer, cystektomi vid urinblåsecancer)?

Svar: Ja, vi stödjer förslaget om regional nivåstrukturering avseende cystektomi vid urinblåsecancer. Detta är redan genomfört i Stockholm.

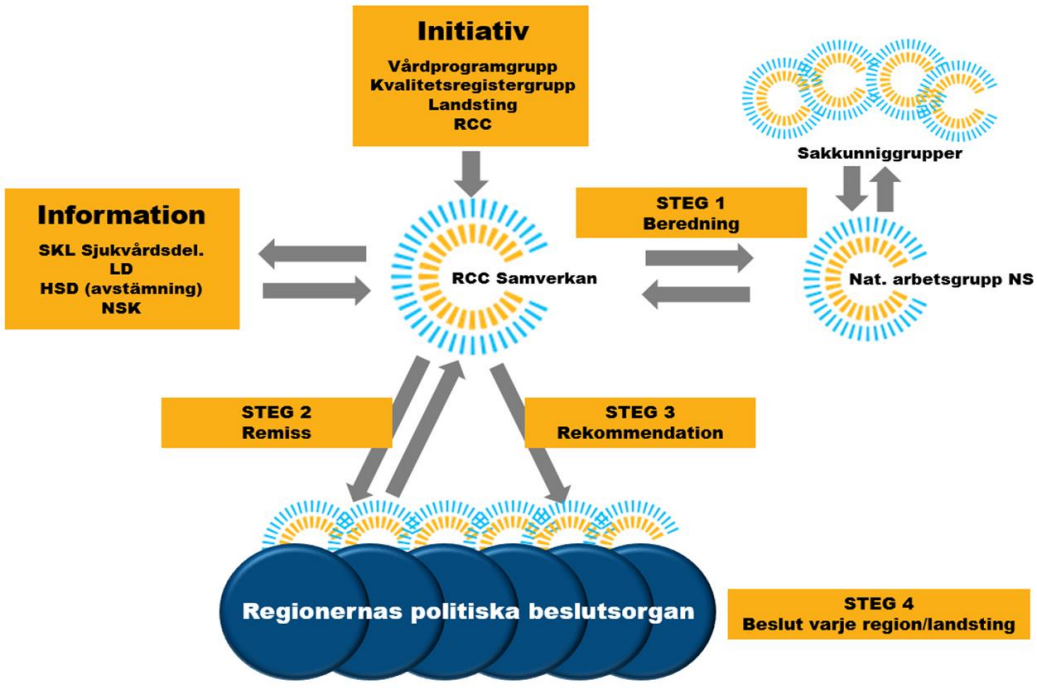
Remiss avseende nationell nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancervården

I överenskommelsen mellan SKL och staten har RCC i samverkan uppdraget att arbeta med nivåstrukturering på nationell nivå. De första årens arbete har redovisats i rapporten: *Nivåstrukturerad cancervård för patientens bästa,* SKL 2013. I rapporten fastslås bland annat:

”Utvecklingen inom cancervården präglas av en uttalad kunskapsutveckling. Introduktion av nya komplexa teknologier för diagnostik och behandling ställer krav på samverkan i team med företrädare för flera specialiteter. Etablering av sådana behandlingsteam är en stor investering som bör vara tillgänglig för ett så stort patientunderlag som möjligt. Den vidare utvecklingen av vården förutsätter fortlöpande utbildning av behandlingsteamen och en stark klinisk forskning. Detta gynnas av en vårdstruktur som innebär att färre vårdgivare utför denna vård åt fler patienter. Flera studier har också visat ett samband mellan volym och kvalitet. En annan tydlig utveckling är patienternas ökande krav på delaktighet.”

Under de första årens arbete genomfördes en inventering av tänkbara områden för nivåstrukturering. Pilotprocesser genomfördes med sakkunniguppdrag inom tre områden (matstrups- och övre magmunscancer, peniscancer, retroperitoneala sarkom) och en arbetsordning för det fortsatta arbetet med nationell nivåstrukturering föreslogs.

Handläggningsgång



Som modellen ovan beskriver inleds den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter, utsedda av respektive RCC och förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats.

Sakkunniggruppen bedömer vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten. Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till regionerna/landstingen.

Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda. Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan sedan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. De formella besluten fattas av respektive landsting eller i vissa fall sjukvårdsregionen.

Utgående från sakkunnigförslaget om peniscancer i pilotprocessen har en nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer genomförts och två nationella vårdenheter har uppdraget sedan 1 januari 2015, Skånes Universitetssjukhus, Malmö samt Universitetssjukhuset, Örebro.

Under 2015 har sju områden sakkunnigbedömts och remissbehandlats av huvudmännen. Baserat på inkomna remissvar och ansökningar om uppdrag som nationell vårdenhet har RCC i samverkan utformat en beslutsrekommendation. Beslutsrekommendationen, som avser kurativt syftande behandling, omfattar cancer i matstrupe och magsäck, analcancer, vulvacancer, isolerad hyperterm perfusion och cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan.

Denna rekommendation har i januari 2016 förankrats i LD- och HSD-nätverken samt i Sjukvårdsdelegationen på SKL. Rekommendationen kommer att lämnas till huvudmännen i februari för beslut under våren 2016. Driftstart planeras till januari 2017.

RCC i samverkan har för närvarande bordlagt frågan om rekommendation avseende sarkom i avvaktan på ytterligare förtydliganden avseende verksamhetsinnehåll för regionala respektive nationella vårdenheter.

Sakkunnigarbete

RCC i samverkan har fortsatt arbetet utifrån den beskrivna arbetsordningen. En fortsatt inventering av aktuella områden har genomförts. Sju sakkunniggrupper tillsattes under 2015 avseende följande områden: magsäckscancer, lever-gallvägscancer, bukspottkörtelcancer, retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer, äggstockscancer, njurcancer samt cystektomi vid urinblåsecancer. Uppdragen avser kurativt syftande behandling.

I samtliga remissvar och ansökningar om nationell vårdenhet för matstrupscancer har den nära kopplingen mellan kirurgisk behandling av matstrups- och magsäckscancer poängterats. Sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer har även poängterat detta. RCC i samverkan har därför inkluderat magsäckscancer i beslutsrekommendationen för matstrupscancer, där sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer finns bilagt.

Denna remiss omfattar därmed behandling med botande syfte vid följande sex områden:

1. Lever- och gallvägscancer
2. Bukspottkörtelcancer
3. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer
4. Äggstockscancer
5. Njurcancer
6. Cystektomi vid urinblåsecancer

Sakkunniggrupperna har i oktober 2015 lämnat utlåtande till RCC i samverkan. Dessa finns i sin helhet att tillgå på http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/

Sakkunniggruppernas utlåtande följer en given mall i syfte att belysa hela vårdprocessen och beakta viktiga områden av betydelse liksom tänkbara konsekvenser av genomförd nivåstrukturering. Sakkunniggrupperna ska endast föreslå antalet nationella vårdenheter, inte var dessa ska lokaliseras.

I samtliga sakkunniggrupper har ingått patientföreträdare. Patientorganisationerna inom cancerområdet har samfällt och tydligt markerat att engångsåtgärder vid ovanliga diagnoser bör koncentreras till få utförare och vid sådana åtgärder har geografiskt avstånd liten betydelse.

Efter beredning i den nationella arbetsgruppen har RCC i samverkan bedömt sakkunnigutlåtandena och formulerat nedanstående remissförslag. I några fall har RCC i samverkan ändrat sakkunniggruppens förslag, främst avseende antal nationella vårdenheter.

I remissförslaget föreslås i flera fall att en fullständig regional nivåstrukturering genomförs så att aktuell verksamhet koncentreras till ett sjukhus per sjukvårdsregion. Anledningen är att det inom flera områden finns en stor spridning av högspecialiserad vård med små volymer per sjukhus.

Frågan om regional nivåstrukturering ska ses som en rekommendation till huvudmännen och dessa delar omfattas inte av ansökningsförfarande som vid förslag om nationella vårdenheter.

Efter information till och med stöd av nätverken för hälso- och sjukvårdsdirektörer och landstingsdirektörer samt SKLs sjukvårdsdelegation beslutade Regionala cancercentrum i samverkan vid sitt sammanträde 2016-02-08 att avge denna remiss.

Remissen har utformats med avsikt att ge landsting/regioner utrymme att avge ett resonerande svar, som speglar förutsättningarna i respektive sjukvårdsregion och inte enbart innehåller acceptans/avslag på remissens förslag.

Denna remiss omfattar sex olika områden. Remissvar måste formuleras för vart och ett av dessa områden i enlighet med anvisningar i denna remiss, se del 2.

I remissen ingår även möjlighet för regioner/landsting att ansöka om ett uppdrag som nationell vårdenhet. Denna ansökan ska följa en given mall, se **bilaga**.