

RCC samverkansmöte 16 december 2015 | SKL

Närvarande: Nils Conradi, Srinivas Uppugunduri, Mef Nilbert, Lars Holmberg, Beatrice Melin, Anna-Lena Sunesson, Roger Henriksson, Mona Ridderheim, Gunilla Gunnarsson (ordförande), Bo Alm (kommunikatör/sekreterare), Susanne Forslund Lundqvist (sekreterare), Helena Brändström (punkt 1- 3), Stefan Rydén (punkt 8).

Gunilla inleder mötet med att presentera Linnea Åslund, RCCs nya huvudredaktör för webb och andra digitala kanaler.

1. AKI-punkter

a. SVF-rapportering till kvalitetsregister från privata utförare

Nils presenterar ett initiativ från prostatacancerregistret, som på Inca-plattformen utvecklat ett "SVF-register" med en vy för patientöversikt för registrering av patienter som befinner sig i ett standardiserat vårdförlopp.

En stor principiell fråga är om vi ska etablera ett nytt register för data som landstingen helst vill ha in i journalsystemen. Förslaget kan vara en möjlig lösning för enbart privata utförare. En styrka är dock att det kommer från registergruppen, som sett problemet och sökt en lösning. Samverkansgruppen anser också att det handlar om prioritering av RCCs stödjande resurser. Frågan för stor och principiellt viktig för beslut nu, lösningen behöver utredas ytterligare.

Beslut: Frågan remitteras för beredning av AKI, som återkommer med svar och ev förslag vid första februarimötet.

b. Förslag om ensning av RCCs arbete med cancerregistret

Mona redogör för AKIs utsända förslag om ensning av arbete med cancerregistret. Idag arbetar man olika i de olika RCCna. I och med att Cancerregistret flyttas över till Inca är det läge att genomföra ett utvecklingsarbete för att ensa RCCs arbete med registret.

Upplägget ska vara att inventera nuvarande kodningsarbete, utvärdera de olika arbetsformerna och sedan föreslå ett gemensamt syn- och arbetssätt för alla RCC.

Vid RCC Sydöst finns en lämplig person att utföra jobbet men hen behöver stöd från senior person. Viktigt att RCC inte tar på sig ansvarsområden och arbete som egentligen ska ligga på Socialstyrelsen.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar att börja med att i ett första steg ge ett kort uppdrag på 100 % under ett par månader för att göra en första probleminventering med förslag till lösningar. Samverkansgruppen utser Lars H att vara rådgivare och brygga till Socialstyrelsen.

2. Angående Cancerregistret och datainspektionen

Gunilla redogör för en korrespondens mellan SKL och Socialstyrelsen med anledning av Datainspektionens frågor kring RCCs arbete med registrering av uppgifter i

Cancerregistret. Cancerregistret är huvudmannens vårdregister som huvudmännen gett RCC i uppdrag att ansvara för och administrera. RCC har huvudmännens uppdrag att fullfölja huvudmännens skyldighet att inrapportera uppgifter till Cancerregistret vid Socialstyrelsen. Det pågår arbete med att förtydliga detta i uppdragsbeskrivning från huvudmännen till RCC.

Beslut: RCC avvaktar fortsatt utveckling/dialog. Samverkansgruppen uppdrar till Lars H att förmedla till Jesper Brohede på Socialstyrelsen att RCC kommer att tillse att alla krav som RCC kan påverka är tillgodosedda. I övrigt är detta en fråga för Socialstyrelsen att lösa. Om så inte sker kan RCC tvingas stoppa registreringen tills vidare.

3. Vp- och SVF-frågor

Helena Brändström föredrar ett antal frågor som kräver Samverkansgruppens beslut (bil 1).

Beslut: Samverkansgruppen beslutar om framtagande av två nya vårdprogram inom lymfomområdet- Morbus Waldenström och hudlymfom.

RCC norr önskar byta representation i nationella vårdprogramgruppen njurcancer.

Beslut: Samverkansgruppen utser Marcus Thomasson.

Helena redogör för läget avseende underlag SVF malignt melanom. I remissrundan inkom många synpunkter. Det finns olika syn i olika grupperingar. Ska primärvården kunna starta SVF? Ska det finnas filterfunktion? Kan man kräva att dermatoskopi utförs i primärvården eller att teledermatoskopi ska finnas tillgängligt?

SVF för malignt melanom ingår i de SVF som enligt ÖK 2016 ska införas 2016.

Beslut: Helena får i uppdrag att ordna ett möte till med SVF- och vårdprogramgruppen gemensamt för att diskutera vidare de två olika lösningarna. Gunilla bör vara med på detta möte. Därefter eventuellt ny remissrunda men måste vara klart senast i maj. Ärendet tas upp på beslutsgruppen 21 dec.

Srinivas framför synpunkter från Magnus Lagerlund, verksamhetschef och vice ordf i SOF, vad gäller SVF pankreas, lever & galla: det är en svag onkologisk representation. Onkologerna har dock godkänt SVF i remissrundan. Det blir en revidering i slutet av året 2016 och då kan synpunkter lyftas in.

I den överenskommelse om 2016 som kommer att slutas mellan staten och SKL ingår att vi ska starta utvärdering av nationella vårdprogrammen. En projektplan bör skrivas, projektledare och arbetsgrupp utses. Samverkansgruppen diskuterar tänkbara projektledare. Helena och Ulrika bör knytas till gruppen.

Beslut: Gunilla får i uppdrag att efterhöra intresse från Ewa Lundgren att vara projektledare (*Ewa kontaktad- intresserad*).

Gunilla informerar om att synpunkter har inkommit på Socialstyrelsens utvärderingsrapport av SVF och ber RCC-cheferna ge sin syn på hur vi eventuellt ska gå vidare för att få en bra dialog med Socialstyrelsen inför deras fortsatta uppdrag att utvärdera satsningen.

Beslut: Mef och Bea får med sig RCC i samverkans synpunkter till nästa expertgruppsmöte.

4. Redovisning av SVF från Signedatabasen på webben

BoA presenterar den nya uppföljningsstatistiken för SVF publicerad på cancercentrum.se. RCC ställer sig bakom att den publiceras i befintligt skick, och vill att landstingsledningar ska varskos innan nyhet går ut.

Beslut: Mejl går ut idag till HSD, ID, RCC Samverkan, RCC Ersättare, RCC kommunikatörer och Regionala projektledare för SVF. RCC sprider vidare till sina respektive styrgrupper.

5. Första förslag redovisning av SVF i kvalreg

Ett underlag var utsänt före mötet.

Beslut: Både regionala rapporter och en gemensam nationell rapport ska tas fram.

Rapporten ska vara ett utgångsläge för fortsatt arbete med avsändare RCC i samverkan för den nationella delen. Rapport för de första fem ska vara klar i januari. Kommande 13 SVF bör vara klar i mars.

Då rapporterna är klara ska de först fastställas i Samverkan och förankras i styrgrupper och landstingsledningar innan publicering.

Till arbetsgrupp utses: Katrin Gunnarsdottir RCC väst, Helena B, Mef, Boa el annan kommunikatör (Anna N?), Bea.

6. ÖK om förlossningsvård mm – uppdrag till SKL-RCC inom cancervården

Diskussion om hur de insatser ska läggas upp som RCC fått ansvar för inom ramen för ÖK förlossningsvård.

- a. Cervixcancerscreening- hur ska arbetet med nationell och regional samordning läggas upp? Bland annat behöver en organisatorisk struktur inom landstingen byggas upp. Projektledare för ledning av det operativa arbetet behöver tillsättas. RCC ska fundera på lämpliga personer som kan ta den rollen.

Beslut: Mef får i uppdrag att efterhöra intresse hos Anna Palmstierna och återrappporterar till Gunilla.

- b. Bäckebottenrehabilitering. Medel för utdelning till RCC och verksamheten finns. Någon behöver ev hålla ihop arbetet nationellt eftersom rapport med rådgivning inför fortsatt arbete ska tas fram. Alternativt leds arbetet av sex regionala representanter tillsammans.

Beslut: Alla RCC återkommer med beslut om satsning på regional bäckenbottenrehabilitering, där info om hur arbetet ska läggas upp ska ingå. Och en representant tas fram till en nationell projektgrupp från varje RCC, klart till samverkansmötet i januari.

7. Fortsatt diskussion om patientorganisationernas brev

Anna-Lena rapporterar från möten med alla RCCs patient- och närstående råd, där de bland annat diskuterat önskemålet om att genomföra en utvärdering av RCCs modell för patientsamverkan. Efter diskussionerna har de patientmedverkansansvariga vid RCC tagit fram ett förslag till arbetsgång:

1. RCC tecknar överenskommelser med patientföreträdare i enlighet med en tillsammans med patientföreträdare framtagen mall, både nationellt och regionalt, i alla sammanhang som patientföreträdare engageras i projekt eller arbetsgrupper.
2. När ett projekt eller en arbetsgrupp avslutas eller en patientföreträdare avbryter sitt uppdrag görs en utvärdering, både av patientföreträdaren och av ansvarig projektledare



- på RCC. För deltagande i PNR (patient- och närstående råd) och andra mer långsiktiga åtaganden som patientföreträdare föreslås en årlig utvärdering.
3. Utvärderingen ska handla om hur respektive part uppfattar att patientmedverkan har fungerat, vad den har bidragit till, vad som har varit bra och vad som kan göras bättre.
 4. Vår nationella nätverksgrupp tar fram en enkel mall för denna utvärdering, i samverkan med våra PNR. De frågor som lyfts i patientföreningarnas brev kan ligga till grund för utvärderingsmallen.
 5. Alla utvärderingar sammanställs och analyseras årligen av respektive RCC och presenteras i PNR för diskussion om förbättringar. Därefter presenteras utvärderingarna för respektive RCCs ledningsfunktioner.
 6. Utvärdering enligt denna modell görs inom alla RCC under 2016. Vi i den nationella nätverksgruppen analyserar vilken bild utvärderingarna ger och rapporterar till RCC i samverkan.
 7. Beroende på utfallet av den analysen kan frågan om en extern utvärdering bli aktuell att diskutera igen.

Beslut 1: Mallen för överenskommelse mellan patient- och närståendeföreträdare och RCC görs klar och presenteras för patientorganisationerna vid träffen den 13 januari.

Beslut 2: Förslaget till utvärderingsmodell tas tillbaka till alla PNR för diskussion och sedan åter till samverkansgruppen för ev beslut. (*Gunilla informerat Barbro Sjölander*)

8. Nivåstrukturering a) förslag från sakkunniggrupperna

Samtliga utlåtanden var utlagda före mötet. Stefan Rydén redovisar med stöd av pp(bilaga 2). RCC i samverkan föreslog våren 2015 sakkunnigprövning inom sju områden. Sakkunniggrupper bildades i maj. Uppdrag och startmöte med ordförandena i juni. Sakkunnigutlåtande inkom i oktober 2015. Noteras bör att patientrepresentanter deltagit i alla sakkunniggrupper och ställt sig bakom förslagen.

Nationella arbetsgruppen har bedömt utlåtandena och ger idag rekommendation till RCC i samverkan dec 2015. Nationella arbetsgruppen är helt enig i sina förslag.

Arbetsgruppen redovisar följande erfarenheter av arbetet:

- Nationell och regional nivåstrukturering går inte att helt separera
- Sakkunniggrupperna har i flera fall tagit ställning till behov såväl av nationell som regional nivåstrukturering
- Kartläggning av nuvarande verksamhet visar på en stor spridning av högspecialiserad verksamhet inom regionerna med små volymer per sjukhus
- Förslagen till regional nivåstrukturering bör därför beaktas med tydliga rekommendationer till regioner och landsting
- Efter en genomförd regional nivåstrukturering bör denna utvärderas med ställningstagande till ytterligare koncentration av verksamhet, dvs nationell nivåstrukturering.

Nationella arbetsgruppen anser följande:

- Nationell nivåstrukturering innebär högst fem nationella vårdenheter i landet
- Fullständigt genomförd regional nivåstrukturering innebär sex vårdenheter i landet
- Med få undantag utgörs de av universitetssjukhus
- Verksamhet som koncentrerats till alla universitetssjukhus innebär 7 vårdenheter i landet



- Fullständig regional nivåstrukturering innebär därför behov av arbetsfördelning mellan de två universitetssjukhusen i Uppsala-Örebroregionen

Beslut: Samverkansgruppen ställer sig bakom ovanstående.

Kirurgisk behandling vid lever – gallvägscancer

- Volym: Ca 800 – 900 op/år Kurativt syftande kirurgi 34 %
- Nuläge: Sex regionala leverkirurgiska centra i landet
Därutöver viss leverkirurgi vid sjukhusen i Kalmar, Sunderbyn och Örebro.
Ablativ kirurgi vid sex regionala centra samt i Kalmar
Utredning och eftervård vid läns- och länsdelssjukhus
Levertransplantationer endast i Stockholm och Göteborg
- Sakkunniggruppens förslag: Två nationella enheter för behandling av perihilära gallvägstumörer (extrahepatisk gallvägscancer), < 50 op/år
Nationell MDK för dessa och som second opinion vid komplicerade fall i övrigt
All övrig leverkirurgisk verksamhet inklusive ablativ kirurgi och tumörbehandling med interventionell radiologi koncentreras till 6 regionala centra
Regionala MDK
- *Nationella arbetsgruppen föreslår*
- stöd för förslaget om 2 nationella vårdenheter för perihilära gallvägstumörer
- stöd för förslaget om konsekvent genomförd regional nivåstrukturering av all övrig leverkirurgi till 6 sjukhus i landet, ett sjukhus per sjukvårdsregion
- att betydelsen av uppföljning med framtida ställningstagande till ytterligare koncentration betonas

Beslut: Samverkansgruppen beslutar i enlighet med arbetsgruppens förslag.

Kurativt syftande kirurgi vid pankreas- och periampullär cancer

- Volym: Ca 1200 fall av pankreascancer och 300 fall av periampullär cancer per år.
20 % lokaliserad tumör (primärresektabel)
20 % lokalt avancerad (LAPC)
60 % metastaserad sjukdom (palliativ behandling)
- Nuläge: 2014 utfördes 374 (90 %) kurativt syftande operationer vid 7 universitetssjukhus, (9 – 104 op/sjukhus), varav 4 sjukhus även opererade LAPC
42 (10 %) kurativt syftande operationer (ej LAPC) utfördes vid 7 länsjukhus
Av dessa utförde 2 sjukhus 19 resp 13 op, övriga 5 sjukhus utförde 1-3 op.
- Sakkunniggruppens förslag: Två nationella vårdenheter för kurativt syftande kirurgi vid LAPC, ca 30-40/år
Nationell MDK för samtliga patienter med LAPC. Alla resektionsförsök återrapporteras vid nationell MDK.
Övrig kurativt syftande kirurgi bör ”ses över” mht regional koncentration.
Regional MDK för samtliga patienter.



- *Nationella arbetsgruppen föreslår*
 - stöd för förslaget om 2 nationella vårdenheter för kurativt syftande kirurgi vid LAPC.
 - att övrig kurativt syftande kirurgi koncentreras till 6 sjukhus i landet, ett sjukhus per sjukvårdsregion
 - att betydelsen av konsekvent genomförd regional nivåstrukturering till ett sjukhus/region betonas
 - att betydelsen av uppföljning med framtida ställningstagande till ytterligare koncentration betonas

Beslut: Samverkansgruppen beslutar i enlighet med arbetsgruppens förslag.

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer (RPLND)

- Volym: 35 – 40 patienter/år med testikelcancer är aktuella för retroperitoneal lymfkörtelutrymning (RPLND).
Totalt diagnosticeras ca 340 patienter/år med testikelcancer.
- Nuläge: 6 regionsjukhus opererar.
Antal ingrepp varierar mellan 1-2/år till 10-15/år
Störst patientvolym har KS och SUS Malmö
Data angående operationer är hämtade från SWENOTECA/RETROP där samtliga regioner utom norra deltar.
Varierande täckningsgrad, ingen registrering från Uppsala och Linköping 2013-14.
- Sakkunniggruppens förslag: Nationell nivåstrukturering av RPLND till 3 nationella vårdenheter.
Beräknat 10 – 15 op per nationell vårdenhet
Nationell MDK för samtliga patienter som enligt gällande riktlinjer är aktuella för RPLND.
Nationell vårdenhet ansvarar för nationell MDK
- *Nationella arbetsgruppen föreslår att*
 - mot bakgrund av volymen av verksamhet förordas en koncentration till 2 nationella vårdenheter i landet.
 - att betydelsen av inrapportering i kvalitetsregister betonas

Beslut: Samverkansgruppen beslutar i enlighet med arbetsgruppens förslag.

Behandling av äggstockscancer

- Volym: Ca 750 nya fall av ovarial-/tubar-/peritonealcancer per år och totalt ca 900 operationer/år.
- Nuläge: 4 sjukhus opererar > 100 patienter per år (100 – 160 op/sjh), 54 % av alla op.
2 sjukhus opererar ca 50 patienter/år, 10 % av alla op.
13 sjukhus opererar 10 – 25 patienter/år, 26 % av alla op



27 sjukhus opererade 1 – 10 patienter/år, 10 % av alla op
(Data från INCA, GKR och GYNOp registren 2013-2014)

- Sakkunniggruppens förslag: Nationell nivåstrukturerad av ovarialcancervården till minst 5 och högst 6 nationella vårdenheter vid universitetssjukhus, sk. HGC (högspecialiserade gynekologiska centra).

Omfattning:

- » All primär behandling (kirurgi, neoadjuvant cytostatikabehandling med fördröjd primärkirurgi)
- » Behandling vid progress eller recidiv

Nationell MDK för definierade patientkategorier

- *Nationella arbetsgruppen*
 - förordar en koncentration till 6 sjukhus i landet, ett sjukhus per sjukvårdsregion
 - betonar betydelsen av konsekvent genomförd regional nivåstrukturerad till ett sjukhus/region
 - betonar betydelsen av uppföljning med framtida ställningstagande till ytterligare koncentration
 - betonar betydelsen av registrering i kvalitetsregister och en samlad presentation av kvalitetsdata

Beslut: Samverkansgruppen beslutar i enlighet med arbetsgruppens förslag.

Kirurgisk behandling vid njurcancer

- Volym: Ca 1000 pat/år insjuknar
Ca 800 pat/år opereras
- Nuläge (2013): Opererande sjukhus: 42 sjukhus, 824 op
7 universitetssjukhus: 359 op (44 %), 29 – 75 op/sjh
35 sjukhus: 465 op (56 %), 1 – 39 op/sjh,
7 sjh > 20 op, totalt 203 op (25 %)
14 sjh 10-20 op, totalt 206 op (25 %)
14 sjh < 10 op, totalt 56 op (7 %)
Laparoskopisk kir: 2010: 17 %, 2013: 28 %
Njursparande kir vid tumör < 4cm: 2010:43 %. 2013 56 %
Laparoskopiska njurresektion: 2010: 10 %, 2013: 31 %
- Sakkunniggruppens förslag efter önskemål från nationella arbetsgruppen om komplettering: 2 nationella vårdenheter för ärftlig njurcancer (ca 20/år)
- Op vid cavitrombos endast vid 6 sjukhus
- Övriga op endast vid sjukhus som utför minst 50 op/år och som behärskar samtliga kirurgiska behandlingsmetoder
- Antalet sjukhus bör baseras på antalet op per sjukvårdsregion
- Innebär en reduktion från 42 till ca 14 sjukhus
- Regional MDK ska finnas



Beslut: Samverkansgruppen beslutar att

-bordlägga förslaget om två nationella vårdenheter för ärftlig njurcancer för ytterligare beredning då samordning med fler specialiteter vid dessa enheter kan behövas

-det är viktigt att i första hand minska antalet sjukhus som utför få ingrepp

-föreslå att op vid cavatrombos endast bör ske vid 6 sjukhus, dvs ett sjukhus per sjukvårdsregion

-övriga operationer bör ske vid sjukhus som utför minst 50 operationer per år och behärskar samtliga kirurgiska behandlingsmetoder

Cystektomi vid urinblåsecancer

- Volym: Ca 440 patienter/år opereras med cystektomi och rekonstruktion av urinvägarna.
Totalt diagnosticeras 2400 patienter/år med urinblåsecancer
- Nuläge: Ca 20 sjukhus opererar, antal op./sjukhus varierar mellan < 10/år till ca 90/år
Regional centralisering genomförd i 3 regioner: Norra-, Västra- och Stockholm-Gotland. I norra och västra regionerna opereras vid två sjukhus: Umeå och Sundsvall samt Sahlgrenska och Hallands sjukhus(Varberg)

Under perioden 2012-2014:

7 universitetssjukhus opererade 595 pat, ca 200/år, motsvarar ca 70 % av alla op
16 sjukhus opererade 268 pat, ca 90/år. 2 sjukhus > 10 op/år, 14 sjukhus 1 – 7 op/år
(Data från Kvalitetsregisterrapport, diagnosår 2014)

- Sakkunniggruppens förslag: Nationell nivåstrukturering av cystektomier förordas inte
Antalet sjukhus som idag utför op är för många.
Föreslår regional nivåstrukturering utan att precisera antalet opererande sjukhus.
Regionala MDK behöver utvecklas, (finns ej i alla regioner).
- *Nationella arbetsgruppen föreslår*
- fullt genomförd regional nivåstrukturering till 6 sjukhus i landet, ett sjukhus per sjukvårdsregion
-betonar betydelsen av uppföljning med framtida ställningstagande till ytterligare koncentration

Beslut: Samverkansgruppen beslutar i enlighet med arbetsgruppens förslag.

Kurativ kirurgi vid magsäckscancer

- Volym: Ca 500 fall av ventrikelcancer per år varav ca 140 – 150 genomgår kurativt syftande kirurgi. Antalet fall av ventrikelcancer sjunker.
- Nuläge: Enligt NREV utfördes i genomsnitt/år 2013-14:
60% av op vid 7 universitetssjukhus, 9 – 20 op/sjukhus
40 % av op vid 24 sjukhus, 1 – 5 op/sjukhus.



Underrapportering till NREV från vissa sjukhus men detta bedöms påverka bilden ganska marginellt.

- Sakkunniggruppens förslag: Enighet kring behovet av ytterligare koncentration av ventrikelcancerkirurgi.

Oenighet kring antalet enheter, två olika förslag:

Alt.1 (förespråkas av Sthlm-Gotland, Syd och Väst): 4 nationella vårdenheter för kurativt syftande ventrikelcancerkirurgi

Alt. 2: (förespråkas av Norr, Sydöst och Uppsala-Örebro): Ingen nationell nivåstrukturering men en fullt ut genomförd regional nivåstrukturering till sex centra inom RCC-strukturen, > 20 op/centrum.

Regionala MDK samt nationell MDK för komplexa fall.

- *Nationella arbetsgruppen föreslår att förslaget bedöms tillsammans med förslag om kurativt syftande kirurgi vid matstrupscancer.*

Beslut: Samverkansgruppen beslutar i enlighet med arbetsgruppens förslag.

Samverkansgruppen diskuterar om vi ska dela på processen remissvar och processen för ansökningar om att driva nationell vårdenhet. Det innebär två olika utskick med betydligt förlängd tid men fördelen att den som ansöker vet hur många vårdenheter som kan bli aktuella.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar att inte dela upp processen.

Samverkansgruppen diskuterar möjlig tidplan:

- Förankring av förslag i HS-delegation, LD- och HSD-nätverk jan 2016
- Remiss till huvudmännen februari 2016?
- Svar på remiss inklusive ansökan om nationell vårdenhet senast 1 juni 2016?
- Förslag RCC i samverkan, augusti 2016?
- Förankring HS-delegation, LD och HSD-nätverk augusti/september 2016?
- Beslutsförslag till huvudmännen oktober 2016?
- Driftstart juni 2017?

Nivåstrukturering b) Remissvar och ansökningar från regionerna

Samtliga remissvar och ansökningar var utlagda före mötet.

7 tidigare sakkunnigbedömda områden för nationell nivåstrukturering har remitterats från RCC i samverkan till landstingen i juni 2015 samtidigt som landstingen uppmanats att ansöka om nationella vårdenheter.

Remissvar och ansökningar om nationella vårdenheter har lämnats 30 oktober från samtliga sjukvårdsregioner.

Nationella arbetsgruppen har bedömt samtliga remissvar och ansökningar.



Nationella arbetsgruppens förslag om uppdrag som nationell vårdenhet baseras uteslutande på de uppgifter som redovisats i ansökningarna. Inom arbetsgruppen råder consensus för de förslag som redovisas till RCC i samverkan idag 151216.

Avseende regionernas remissvar sammanfattar Stefan:
Samtliga sex sjukvårdsregioner har avlämnat gemensamma remissvar
Därutöver har särskilda yttranden från några regioner/landsting bilagts dessa svar
De särskilda yttrandena har i flertalet fall bekräftat ett stöd för sjukvårdsregionens gemensamma förslag men i några fall har avvikande uppfattning meddelats
Sydöstra sjukvårdsregionen har lämnat generella synpunkter.

Samverkansgruppen diskuterar sydöstra regionens synpunkter.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar att gå vidare med de rekommendationer och remissförslag som nu finns istället för att avvakta att all cancervård har gått igenom alternativt även annan vård har utretts. Samverkansgruppen beslutar också att gå vidare i två steg som planerat och inte invänta ovanstående beskriven remissbehandling av de i höst inkomna sakkunnigförslagen innan nedanstående rekommendationer sänds ut.

Nationella arbetsgruppen bedömer att regional nivåstrukturering:

- bör vara tydlig rekommendation från RCC i samverkan
- bör prioritera att i ett första steg koncentrera den nuvarande, spridda, lågfrekventa verksamheten
- testar sjukvårdsregionernas förmåga till intern arbetsfördelning
- bör vara tidsatt med en utvärdering efter förslagsvis 2 år
- kan innebära ett första steg till nationell nivåstrukturering efter utvärdering

Beslut: Samverkansgruppen ställer sig bakom ovanstående förslag.

Nationella arbetsgruppen föreslår site visits hösten 2016:

- Till samtliga sjukhus med föreslagna nationella vårdenheter
- En heldag vid varje sjukhus med presentation av verksamheterna
- Medverkan av förvaltnings- och verksamhetsledning
- Deltagande från RCC i samverkan
- Ev deltagande från nationella arbetsgrupper eller kvalitetsregisterstyrgrupper

Beslut: Samverkansgruppen ställer sig bakom ovanstående förslag.

Rekommendation Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer

(Sökande avseende matstrupscancer: Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping)



Förslagen grundas på en samlad bedömning av sakkunnigutlåtanden avseende matstrupscancer (2015-04-13) och ventrikelcancer (2015-10-23) samt remissvar och ansökan avseende matstrupscancer (2015-10-30).

Nationella arbetsgruppen föreslår:

- Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer bör bedömas samlat
 - Skälen till detta är:
 - Ingreppen utförs av samma kirurgiska kompetensteam
 - Ingreppen kan ibland inte tydligt avgränsas från varandra
 - Tillsammans utgör området ett kirurgiskt organkompetensområde
 - Detta betonas i samtliga remissvar avseende matstrupscancer
- Kurativt syftande kirurgi för bägge diagnoserna omfattar totalt ca 300 operationer i landet.
- Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion
 - Skälen till detta är:
 - En samlad organkompetens för kirurgisk behandling inom området bör finnas i varje sjukvårdsregion mht behov vid akuta kirurgiska ingrepp inkl komplikationskirurgi inom organområdet.
- Regional MDK för samtliga patienter
- Från detta undantas avseende matstrupscancer sådana ovanligare och komplicerade situationer som kräver särskild spetskompetens enligt nedan. För dessa fall ska nationell MDK finnas.
- Denna typ av ingrepp föreslås utföras vid 2 nationella vårdenheter: Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge och Skånes Universitetssjukhus, Lund.
- Exempel på sådana ingrepp är:
 - Hög cervikal esofaguscancer
 - T4-tumörer med överväxt på omgivande organ som kräver multiviscerala resektioner efter onkologisk behandling
 - Rekonstruktion efter livräddande resektion av esofagus/esofagussubstitut efter exempelvis postoperativ komplikation
 - Rekonstruktion med mikrokärlanastomos, exempelvis fritt tunntarmstransplantat
 - Behandling av esofago-respiratoriska fistlar utan samtidig extensiv tumörväxt
- Den kurativt syftande kirurgin ska utvärderas senast 2018 avseende:
 - Följsamhet till föreslagen koncentration
 - Patientströmmar
 - Väntetider
 - Regionala och nationella MDK
 - Ett antal definierade kvalitetsparametrar för kurativ kirurgi (*kompletteras senare*)
 - Påverkan av akutsjukvård inom läns- och regionsjukvård



- Utvärderingen ska ligga till grund för ställningstagande till ytterligare koncentration av den kurativt syftande kirurgin

Beslut: Samverkansgruppen beslutar rekommendera tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegation ovanstående. Förslaget innebär att remiss avseende magsäckscancer inte kommer att ske utan denna del går direkt till rekommendation tillsammans med matstrupscancer.

Rekommendation Behandling av analcancer

(Sökande: Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus (enbart radiokemoterapi), Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping)

Nationella arbetsgruppen föreslår:

- Radiokemoterapi utförs vid 4 nationella vårdenheter. Uppdraget lämnas till Akademiska sjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.
- Kirurgisk behandling (salvage surgery) utförs vid 2 nationella vårdenheter. Uppdraget lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar rekommendera tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegation ovanstående.

Rekommendation Behandling av vulvacancer

(Sökande: Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping)

Nationella arbetsgruppen föreslår:

- Behandling av vulvacancer ges vid 4 nationella vårdenheter. Uppdraget lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping

Beslut: Samverkansgruppen beslutar rekommendera tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegation ovanstående.

Rekommendation Isolerad hyperterm perfusion

(Sökande: Sahlgrenska Universitetssjukhuset)

Nationella arbetsgruppen föreslår:

- Behandling med isolerad hyperterm perfusion ges vid en nationell vårdenhet.



Uppdraget lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar rekommendera tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegation ovanstående.

Rekommendation Cytoreduktiv kirurgi i komb med kemo/Hipec

(Sökande: Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus)

Nationella arbetsgruppen föreslår:

- Behandling med cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan ges vid 4 nationella vårdenheter.

Uppdraget lämnas till Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar rekommendera tjänstemannaledningar och sjukvårdsdelegation ovanstående.

Rekommendation Muskuloskelettala sarkom och Buksarkom

(Sökande:

Nationell vårdenhet för sarkom: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus

Nationell vårdenhet för behandling av alla buk- och mjukdelssarkom (extremiteter, bröst-hals- och ländrygg): Universitetssjukhuset Linköping

Nationell vårdenhet för vissa typer av sarkom baserade på specialkompetenser: Norrlands Universitetssjukhus (Kirurgi av sarkom (ben- eller mjukdelssarkom), metastaser och benigna tumörer belägna i bäckenet med krav på rekonstruktion av bäcken- och bukvägg samt kirurgisk behandling av sarkom, benigna tumörer och metastaser belägna inom området för plexus brachialis.)

Nationella arbetsgruppen föreslår:

- Tre nationella vårdenheter för sarkom omfattande muskuloskelettala sarkom som buksarkom.
- De nationella vårdenheterna ska inför uppdraget beskriva sin verksamhet inklusive profilering och specialkompetens. Uppdraget innebär ett särskilt ansvar för utbildning, kompetensförsörjning, forskning och utveckling.
- Regionala sarkomcenter finns, liksom idag, i fem sjukvårdsregioner. Regionala sarkomcenter kan även fortsättningsvis erbjuda profilerad verksamhet med särskild kompetens inom vissa nischområden och de kan då utgöra nationella remissinstanser i utvalda fall.



- Onkologisk behandling bör ges inom varje sjukvårdsregion med ett strukturerat arbetssätt och centraliserade behandlingsbeslut.

Beslut: Samverkansgruppen beslutar att bordlägga ärendet som ska gå tillbaka till sakkunniggrupperna. En plan bör finnas för nationell MDK och det bör tydligare redovisas vad de nationella enheterna ska utföra. Det ska också tydligt framgå vad som inte ska skickas till nationell enhet. Ytterligare möte med båda sakkunniggrupperna, delar av nationella arbetsgruppen samt delar av samverkansgruppen ska arrangeras.

Fortsatt handläggning

Beslut: Samverkansgruppen beslutar att

- Stefan uppdaterar pp-bilder samt tillsänder de vid mötet närvarande(*utfört*)
- Ingen information ges före 7 januari
- 7 januari sänds underlag till RCC-chefer och ersättare, sakkunniggrupper, HSD- och LD-nätverken och sjukvårdsdelegationen
- Detta underlag innehåller inte vilka vårdenheter som rekommenderas, detta offentliggörs först vid HSD- och LD-möte 15 januari (*enligt önskemål från HSD*)
- Information till pressen 7 januari om RCC i samverkans ställningstagande exkl vilka vårdenheter som föreslås
- Boa får i uppdrag att kontakta kommunikationsavdelningen på SKL

Följande handläggning är preliminär:

- Förankring av förslag i sjukvårdsdelegationen, LD- och HSD-nätverk, jan 2016
- Beslutsförslag till huvudmännen februari 2016?
- Beslut april – juni 2016?
- Site visits vid föreslagna nationella vårdenheter, sept – nov 2016?
- Drift januari 2017?

9. Förslag från styrgruppen peniscancer

Beslut: Bordläggs till kommande möte (*Gunilla har bjudit in Ulf Håkansson och Peter Kirrander att delta per telefon 21 januari*).

10. Planering Cancerdagen i Almedalen 2016

Beslut: Bordläggs till kommande möte.

11. RCC story och dokumentationen från workshop 20 nov – fortsatt hantering

Påminnelse till de RCC-chefer som inte hunnit leverera de texter som ska komplettera det nuvarande materialet.

12. Planering av RCC-dagarna i Norr maj 2016

Bea och Anna-Lena informerar om den planering för dagarna som pågår. Start kl 10.00 dag 1 och avslut omkring kl. 14 dag 2.

13. Information om projekt för proaktiv cancervård

Mef informerar om ett Vinnovaunderstött men regionalt projekt som söker samarbetsparter och pengar.

Beslut: RCC i samverkan är inte intresserade av att gå in i projektet (*GG informerat Karin Mex*).

14. Förfrågan från SMART om föräldrakontrakt

Söker samarbete för att puffa för deras alkoholförebyggande arbete med bland annat så kallade "föräldrakontrakt".

Beslut: Samverkansgruppen beslutar avstå samarbete (*Gunilla har informerat preventionsgruppen*).

15. Statlig utredning om följsamhet till nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd

Gunilla informerar kort om den nytillsatta utredningen med Sofia Wallström från TLV som utredare (*Gunilla och Helena Br kommer att presentera RCC i samverkans kunskapsstyrningsarbete 15 febr för utredaren*).