

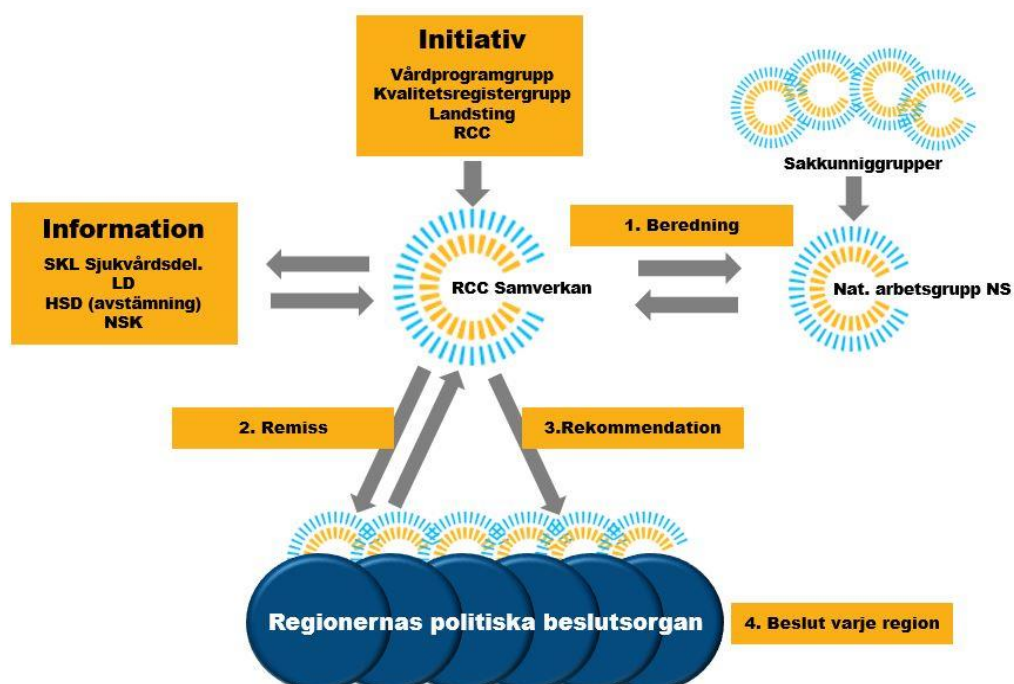
Remiss avseende nationell nivåstrukturering av sju åtgärder inom cancervården

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 behandlingsteam 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 magmuncancer, 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.

I samband med handläggningen av peniscancerremissen uttryckte huvudmännen en tydlig önskan om att vid nästa remisstillfälle kunna bedöma ett flertal områden samtidigt.

Sakkunnigarbete

RCC i samverkan har därför fortsatt arbetet utifrån den beskrivna arbetsordningen. En fortsatt inventering av aktuella områden har genomförts. En nationell arbetsgrupp har bildats för beredning av nationella nivåstruktureringsfrågor till RCC i Samverkan. Sex sakkunniggrupper tillsattes under 2014, därtill kommer att underlaget avseende matstrupscancer från 2014 reviderats och uppdaterats. Remissen omfattar därmed följande områden:

- Analcancer
- Vulvacancer
- Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi (CRS/HIPEC)
- Isolerad hyperterm perfusion
- Muskulo-skelettala sarkom
- Buksarkom
- Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer (2014, reviderad 2015)

Sex sakkunniggrupper har i mars 2015 lämnat utlåtande till RCC i samverkan. Dessa sakkunnigutlåtanden finns i bilagor till denna remiss, bilaga 3-8.

Sakkunniggruppernas utlåtande följer en given mall i syfte att belysa hela vårdprocessen och beakta viktiga områden av betydelse liksom tänkbara konsekvenser av genomförd

nivåstrukturer. Sakkunniggrupperna ska endast föreslå antalet nationella vårdenheter, inte var dessa ska lokaliseras.

Arbetet med buksarkom innebar en komplettering och utvidgning av det tidigare arbetet med pilotprocessen retroperitoneala sarkom.

För den tredje pilotprocessen, kurativt syftande kirurgisk behandling av matstrupscancer nådde sakkunniggruppen ingen enighet i förslag om antal nationella vårdenheter. RCC i samverkan har genomfört ett möte med sakkunniggruppen 2014 och det ursprungliga sakkunnigutlåtandet från 2013 har uppdaterats, bilaga 9.

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 samt nationell multidisciplinär konferens.

I flertalet 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 information till och med stöd av nätverket för hälso- och sjukvårdsdirektörer samt SKLs sjukvårdsdelegation beslutade Regionala cancercentrum i samverkan vid sitt sammanträde 2015-06-12 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 sju olika områden. Remissvar måste formuleras för vart och ett av dessa områden i enlighet med bilaga 1.

I remissen ingår även möjlighet för regioner/landsting att ansöka om ett uppdrag som nationell vårdenhet. Denna ansökan ska följa en given mall, bilaga 2.

Mer information och frågor

Stefan Rydén, nationella arbetsgruppens ordförande | stefan.ryden@skane.se

Gunilla Gunnarsson, ordförande i RCC i samverkan | gunilla.gunnarsson@skl.se

Del 1 – Remissförslag

1. Remissförslag – Analcancer

Ungefär 140 patienter drabbas årligen av analcancer och majoriteten blir föremål för kurativt syftande behandling med radiokemoterapi (samtidig strålbehandling och cytostatikabehandling). Vid kvarvarande tumör efter radiokemoterapin eller vid återfall lokalt ska möjligheten till kurativt syftande kirurgi, s.k. salvagekirurgi bedömas. 5-årsöverlevnaden är 60–80 %, beroende på tumörstadium. Efter kirurgi är överlevnadschansen något mindre, 30–60 %.

Behandlingen kräver en mycket hög kompetens inom ett flertal områden (onkologi radioterapi, kirurgi och avancerad omvårdnad och rehabilitering) för att vårdinsatserna före, under och efter den påfrestande behandlingen ska bli optimala.

Ca 120 patienter per år blir föremål för kurativt syftande radiokemoterapi. Under 2014 genomfördes behandlingen vid samtliga sju universitetssjukhus samt Mälarsjukhuset i Eskilstuna (2), Centralsjukhuset i Växjö (5) och vid Centralsjukhuset i Gävle (3).

Ca 20 patienter per år blir föremål för kurativt syftande kirurgi vid lokalt återfall efter radiokemoterapi (salvagekirurgi). Ingreppet utfördes 2014 vid åtminstone 10 vårdenheter: Universitetssjukhusen i Malmö, Örebro, Linköping, Umeå, Stockholm (Karolinska Solna och Ersta sjukhus), Göteborg (Östra sjukhuset) samt Uppsala. Dessutom vid sjukhusen i Karlstad, Helsingborg och Kristianstad.

Sakkunniggruppen har värderat behovet av regional och nationell koncentration av behandling i botande syfte vid analcancer. Gruppens gemensamma bedömning är att behandlingen kräver en optimal onkologisk, radioterapeutisk och kirurgisk handläggning. Antalet vårdenheter för radiokemoterapi rekommenderas bli fyra och antalet enheter för salvagekirurgi två mot bakgrund av sjukdomens låga incidens, komplicerade behandling och behovet av forskning, kompetensuppbyggnad och bemanning.

Remissförslag

Med stöd av en enig sakkunniggrupp föreslår RCC i samverkan att:

- **Radiokemoterapi ges vid fyra nationella vårdenheter i landet.**
- **Salvagekirurgi utförs vid två nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK införs vid definierade situationer.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

2. Remissförslag – Vulvacancer

Vulvacancer drabbar årligen 150-190 kvinnor i landet. Medianåldern är 75 år men åldersfördelningen har två toppar, en vid 50-års ålder och en vid 80-års ålder. Hos den yngre populationen är cancer ofta associerad med HPV. Generellt sett har dödligheten i vulvacancer ej minskat under de senaste 15 – 20 åren. Behandlingen av vulvacancer är komplex och resurskrävande.

Behandling av vulvacancer har sedan ett 20-tal år varit regionalt nivåstrukturerad till landets sju universitetskliniker. Därutöver bedrivs i dag behandling även vid sjukhusen i Karlstad och Karlskrona samt i selekterade fall även vid andra gynekologiska kliniker.

Den primära behandlingen liksom behandling av lokala recidiv är nästan uteslutande kirurgisk. Därutöver ges radioterapi eller radiokemoterapi till patienter där kirurgisk behandling av olika skäl inte är aktuell eller där operation ej kunnat avlägsna all tumörvävnad. Sakkunnigrapporten redovisar en optimal handläggningssång.

Sakkunnigruppen har värderat behovet av regional och nationell koncentration av behandling i botande syfte vid vulvacancer.

Gruppens gemensamma bedömning är att kompetensen för att behandla vulvacancer behöver förbättras och att en utökad klinisk forskning är önskvärd. För detta krävs större erfarenhet på behandlande enheter med utökade volymer.

En enig sakkunnigrupp föreslår därför en nationell nivåstrukturerad av all primär behandling (kirurgi och radioterapi) samt behandling vid progress eller recidiv av sjukdomen och viss palliativ behandling. Detta bör utföras vid minst tre men högst fyra universitetssjukhus i landet. Utanför universitetssjukhusen är kringresurserna otillräckliga för denna verksamhet. Nationell MDK bör etableras för definierade fall.

Remissförslag

Med stöd av en enig sakkunnigrupp föreslår RCC i samverkan att:

- **Behandling av vulvacancer ges vid minst 3 men högst 4 nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunnigruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK införs vid definierade situationer.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

3. Remissförslag – Isolerad hyperterm perfusion

I landet genomgår ca 40 patienter per år denna behandling. Huvudindikation är malignt melanom eller avancerade mjukdelssarkom i extremitet. Behandlingsprincipen kräver omfattande kringresurser och kompetens. Den innebär att man stänger av den drabbade extremiteten från resten av kroppens blodcirkulation. Med hjälp av ett syresatt perfusionssystem med hjärt-lungmaskin kan extremiteten tillföras höga doser kemoterapi, så höga att de inte tolererats av resten av kroppen.

Nuvarande behandlingsresultat står sig väl vid internationell jämförelse och behandlingen rekommenderas i de nationella vårdprogrammen. Behandlingen leder i flertalet fall till att tumören går helt eller delvis tillbaka. Den kan även innebära att kirurgisk behandling senare kan genomföras och att amputation av extremiteten kan undvikas.

Verksamheten är i Sverige helt koncentrerad till Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Verksamhet finns även i Oslo, Köpenhamn och Helsingfors med lägre volym än den i Göteborg.

En enig sakkunniggrupp föreslår att denna typ av behandling endast ges vid en vårdenhet i landet. En nationell MDK anses f.n. ej behövlig då dessa patienter diskuteras vid regionala konferenser. Möjligen kan en nationell MDK vara av värde för utvalda fall.

Remissförslag

Med stöd av en enig sakkunniggrupp föreslår RCC i samverkan att:

- **Behandling av isolerad hyperterm perfusion ges vid en enhet i landet.**
- **Verksamheten vid den nationella vårdenheten ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning m.m.**
- **Verksamheten vid den nationella vårdenheten ska etablera samverkan med någon eller några av övriga nordiska enheter.**
- **Nationell MDK ska övervägas vid definierade situationer.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

4. Remissförslag – Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan

Cytoreduktiv kirurgi kombinerad med varm cellgiftsbehandling i bukhålan (CRS/HIPEC) används sedan flera år för behandling av patienter med spridd cancer i bukhinnan, vanligtvis från tjock- och ändtarmscancer men även vid några andra sällsynta tillstånd som pseudomyxoma peritonei och bukmesoteliom.

F.n. beräknas ca 150 patienter årligen vara aktuella för behandlingen. Under de närmaste åren beräknas antalet öka. Ökningstakten är svårbedömd, 30 % under en treårsperiod anges som en tänkbar ökningstakt.

Behandlingen är komplicerad och resurskrävande. Flera olika kompetenser krävs, operationen är långvarig och efterföljs av ett par dygns intensivvård. Behandlingen utförs i dagsläget vid fyra universitetssjukhus, Akademiska sjukhuset, Uppsala, Karolinska sjukhuset, Stockholm, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg samt Skånes Universitetssjukhus, Malmö. En nationell MDK är redan införd med deltagande av dessa fyra enheter samt även en enhet från Nederländerna.

Det vetenskapliga underlaget för värdering av behandlingseffekt är svagt då kontrollerade jämförande studier i stort sett saknas. Det finns dock flera okontrollerade studier som samstämmigt uppvisar möjlighet till långtidsöverlevnad. Vid noggrann selektion av patienter kan sannolikt en relativt hög andel uppnå långtidsöverlevnad och i enstaka fall bot, där andra behandlingsalternativ är palliativa.

Av sakkunnigrapporten framgår att gruppen diskuterat flera alternativ, 2, 3 eller 4 enheter i landet. Sakkunniggruppen bedömer att 3 nationella enheter skulle räcka för nu aktuella volymer. Dock bedömer gruppen att dessa enheter inte klarar en volymökning med tanke på aktuell kapacitet vid universitetssjukhusen. Gruppen föreslår därför fyra nationella vårdenheter.

Inför formulerande av remissförslag har antalet enheter varit föremål för ytterligare diskussion i den nationella arbetsgruppen och i RCC i samverkan. RCC i samverkan bedömer att nuvarande resursbrist inte kan motivera att denna resurskrävande verksamhet med nödvändighet bedrivs vid fyra enheter. Det kan finnas ett värde i färre enheter med högre volym.

Remissförslag

Med utgångspunkt från denna värdering av sakkunnigutlåtandet föreslår RCC i samverkan att:

- **CRS/HIPEC behandling ges vid 2 – 4 nationella vårdenheter i landet.**
- **Det slutliga antalet fastställs efter bedömning av inkomna ansökningar.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK ska finnas.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

5. Remissförslag sarkom

Sarkom är ovanliga, maligna tumörer som utgår från kroppens stödjevvnader och utgör ca 1 % av all cancer, totalt ca 700 nya fall årligen i landet. Sarkom kan uppträda på många olika ställen i kroppen men är vanligast antingen i muskulatur och skelett eller i anslutning till bukhålan. Dessa två huvudgrupper handläggs behandlingsmässigt av olika kirurgiska specialiteter varför två sakkunniggrupper har bedömt sarkomområdet, en för muskulo-skelettala sarkom och en för buksarkom.

Gemensamt för bägge sakkunniggruppernas bedömningar är att tumörerna är ovanliga och består av ett stort antal undergrupper. Diagnostiken är ofta komplicerad och kräver stor erfarenhet såväl vid provtagning som vid analys. Behandlingen är ofta multimodal med såväl kirurgi, strålbehandling och medicinsk behandling/cytostatika. Det är av stor betydelse för prognosen att behandlingen planeras och genomförs på ett optimalt sätt. Nationell och internationell konsensus föreligger om att detta kräver handläggning vid ett sarkomcentrum med stor erfarenhet och kunskap. Sedan 1980-talet finns en regional centralisering av denna process med fem etablerade regionala sarkomcentrum i landet med tydliga riktlinjer för remittering.

Vid sarkomcentrum handläggs såväl muskulo-skelettala sarkom som buksarkom. Sakkunniggrupperna bedömer gemensamt att vid ett komplett regionalt sarkomcentrum bör följande kompetenser finnas:

- Sarkomonkologisk kompetens omfattande radioterapi, cytostatika och annan medicinsk behandling – såväl för vuxna patienter som för barn
- Diagnostisk kompetens i form av sarkompatologisk kompetens inkluderande tillgång till klinisk genetik
- Röntgendiagnostisk kompetens avseende skelett- och mjukdelstumörer, buktumörer, thoraxtumörer och huvud/halstumörer, tillgång till CT, MR och PET-kamera
- Ortopedisk tumörkirurgi
- Bukkirurgisk kompetens avseende den typ av tumörer som kan bli aktuella att operera vid det aktuella centret
- Thoraxkirurgisk kompetens.

Om någon av dessa kompetenser saknas vid det stationära sarkomcentret bör det finnas lätt tillgängligt på rimligt avstånd.

Vid sarkomcentrum finns en regional MDK och sakkunniggruppernas uppfattning är att en nationell MDK inte är nödvändig i dagsläget, däremot finns behov av interregionala MDK och/eller nätverksbaserade diskussioner i speciellt komplicerade situationer.

5.1. Remissförslag muskulo-skelettala sarkom

Ca 370 patienter i landet drabbas årligen av muskulo-skelettala sarkom, där ca en tredjedel utgörs av skelettsarkom.

Uppsala/Örebroregionen har inget sarkomcentrum men bedriver medicinsk/onkologisk verksamhet samt strålbehandling. Den onkologiska handläggningen av regionens patienter sker i samråd med sarkomcentrum i Stockholm som i huvudsak ansvarar för diagnostik och kirurgisk behandling av sarkompatienter från Uppsala/Örebro-regionen. Det finns ett samarbete mellan de fem sarkomcentrumen och Umeå och Linköping skickar t.ex. en del patienter till Stockholm för kirurgisk behandling.

Sakkunniggruppen förordar att nuvarande fem regionala sarkomcentrum behålls men att betydligt fler ovanliga fall och komplicerade behandlingar diskuteras i interregionala MDK och därefter vid behov remitteras till ett centrum med större erfarenhet och vårdvolym. En nationell nivåstrukturerad av onkologisk behandling ter sig inte realistisk men avancerade behandlingar bör koncentreras till universitetskliniker.

RCC i samverkan har bitt sakkunniggruppen om komplettering i form av svar på ett antal givna frågor. Dessa frågor och svar finns adderade till det bilagda sakkunnigutlåtandet, bilaga 7.

Remissförslag

Baserat på sakkunnigutlåtandet med komplettering föreslår RCC i samverkan att:

- De fem regionala centrum för diagnostik och behandling av sarkom som idag finns behålls med tydliga riktlinjer för regional samverkan och ansvarsfördelning inom regionen. Vid ett komplett regionalt sarkomcentrum bör finnas tillgång till definierade kompetenser i enlighet med sakkunniggruppernas förslag. Dessa enheter har ansvar för all diagnostik och behandling som utförs inom den egna regionen och ansvarar för regional MDK.
- Den regionala enheten i Stockholm ansvarar även för patienter från Uppsala-Örebroregionen. Denna samverkan ska vara baserad på tydliga överenskommelser om ansvar och rutiner för samverkan.
- För samverkan inom Uppsala-Örebroregionen upprättas en sammanhållen regional organisation som handlägger de onkologiska behandlingar som sker inom regionen.
- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.
- Ett nationellt uppdrag innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem. Exempelvis kan detta gälla: högmaligna/intermuskulära sarkom, Ewingsarkom och skelett- och mjukdelssarkom i kotpelare och bäcken.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

5.2. Remissförslag buksarkom

Totalt registreras årligen ca 300 fall av mjukdelssarkom i Sverige. Av dessa är ca 50 retroperitoneala sarkom (RPS) som är belägna bakom bukhålan. Därtill kommer årligen ca 120 – 150 fall av GIST (Gastro-Intestinal Stromacells Tumör) varav ca 100 fall blir aktuella för kirurgi. Utöver detta finns ett fåtal mera ovanliga sarkom, t ex s.k. non-GIST buksarkom, 5 – 10/år. Inklusivt operationer för återfall handlar antalet operationer av dessa sarkom om 150 – 200 operationer årligen. Pålitliga data från kvalitetsregister finns inte varför talen utgör uppskattningar.

För RPS och non-GIST buksarkom gäller idag att hela behandlingen är centraliserad till de fem sarkomcentrumen. Stockholm svarar för den kirurgiska behandlingen av patienter från Uppsala-Örebro regionen och på senare tid även från Norra regionen. Operationer för GIST sker vid sarkomcentrum men ett inte obetydligt antal patienter med GIST opereras även inom länssjukvården. Det exakta antalet är svårbedömt på grund av avsaknad av registrering.

För onkologisk behandling tillämpar Uppsala-Örebroregionen en nätverksmodell där behandlingsbeslut tas centraliserat medan behandlingar även ges på länssjukhusnivå. Uppsala/Örebroregionen har inget sarkomcentrum men bedriver medicinsk/onkologisk verksamhet samt strålbehandling. Inom sakkunniggruppen förelåg en oenighet om huruvida denna organisation kan anses vara ett fullgott alternativ till en centralisering av onkologisk behandling till ett enda sjukhus i regionen. Även inom andra regioner bedrivs den onkologiska behandlingen av GIST i flera fall på länssjukhusnivå.

En enig sakkunniggrupp föreslår att kirurgisk behandling av RPS lokaliseras till tre nationella centra i landet. En majoritet inom sakkunniggruppen rekommenderar att större och/eller komplicerade fall av GIST och non-GIST buksarkom bör övervägas för remiss till nationella centra. Majoriteten i sakkunniggruppen anser inte att det är realistiskt att patienter med mindre GIST behöver opereras vid ett nationellt centrum, däremot ska misstanke om GIST föranleda remiss till ett regionalt sarkomcentrum där den kirurgiska behandlingen bör utföras för de patienter som inte uppfyller kriterier för remiss till ett nationellt centrum.

En nationell nivåstrukturerad av onkologisk behandling ter sig inte realistisk.

Samtliga patienter ska diskuteras vid regionala MDK vid varje sarkomcentrum. Sakkunniggruppen bedömer inte att det finns ett behov av nationell MDK då det förutsätts att de få patienter det rör sig om kan diskuteras per telefon med inremitterande enhet.

RCC i samverkan har bett sakkunniggruppen om komplettering i form av svar på ett antal givna frågor. Dessa frågor och svar finns adderade till det bilagda sakkunnigutlåtandet, bilaga 8.

Remissförslag

Baserat på sakkunnigutlåtandet med komplettering föreslår RCC i samverkan att:

- **De fem regionala centrum för diagnostik och behandling av sarkom som idag finns behålls med tydliga riktlinjer för regional samverkan och ansvarsfördelning inom regionen. Vid ett komplett regionalt sarkomcentrum finns tillgång till**

definierade kompetenser i enlighet med sakkunniggruppernas förslag. Dessa enheter har ansvar för all diagnostik och behandling som utförs inom den egna regionen och ansvarar för regional MDK.

- Det regionala sarkomcentrumet i Stockholm ansvarar även för delar av den kirurgiska behandlingen för patienter från Uppsala- Örebroregionen. Denna samverkan ska vara baserad på tydliga överenskommelser om ansvar och rutiner för samverkan.
- För samverkan inom Uppsala-Örebroregionen upprättas en sammanhållen regional organisation för de kirurgiska och/eller onkologiska behandlingar som sker inom regionen.
- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.
- Ett nationellt uppdrag avseende buksarkom innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem. Detta gäller kirurgisk behandling av RPS, non-GIST buksarkom samt GIST i enlighet med sakkunniggruppens förslag.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

6. Remissförslag kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer

RCC i samverkan beslöt 2012 att utreda förutsättningarna för nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer. Ett underlag togs fram 2013 av styrgruppen för nationella kvalitetsregistret för esofagus- ventrikelcancer (NREV). Arbetet var ett av tre pilotprojekt som finns redovisade i SKLs rapport 2013. Enighet kunde inte nås avseende förslag om antal nationella vårdenheter vilket under 2014 föranledde ytterligare dialog mellan RCC i samverkan och sakkunniggruppen. RCC i samverkan har under 2015 i dialog med styrgruppen för NREV reviderat och uppdaterat den ursprungliga rapporten med mer aktuella data från kvalitetsregistret. RCC i samverkan har utifrån bilagda, reviderade underlag formulerat detta förslag till remiss.

Ca 650 patienter drabbas årligen av cancer i matstrupe eller övre magmun. Ofta upptäcks sjukdomen i sent stadium då den inte längre kan botas och vården blir palliativ. Årligen blir 220 – 240 patienter aktuella för botande behandling som omfattar kirurgi, ofta i kombination med strålbehandling och kemoterapi.

Behandlingen är komplicerad och resurskrävande. Den kräver en mycket hög kompetens inom ett flertal specialiteter för att vårdinsatserna före, under och efter kirurgin ska bli optimala. Komplikationsfrekvensen efter kirurgi är hög (28 procent) och

5 procent av patienterna dör i samband med operation. Sakkunniggruppens målsättning är att halvera dessa tal.

Antalet sjukhus i landet som bedriver kirurgisk behandling har successivt minskat under det senaste decenniet, från 29 sjukhus 2007 till 12 sjukhus 2013. Under perioden 2009 – 2013 genomförde tre sjukhus i genomsnitt fler än 20 operationer per år, 2 sjukhus genomförde fler än 10 operationer medan 21 sjukhus utförde färre än 10 sådana operationer årligen.

Sakkunniggruppens gemensamma bedömning är att:

1. Det finns ett klart samband mellan operationsvolym och resultat.
2. Behandling av matstrupscancer och cancer vid magmunnen med botande (kurativt) syfte kräver en optimal kirurgisk och onkologisk handläggning.
3. Den onkologiska behandlingen vid dessa sjukdomar ska genomföras inom respektive sjukvårdsregion.
4. Det finns behov av en nationell multidisciplinär konferens för matstrupscancer.
5. De sjukhus där den kirurgiska behandlingen utförs ska ha ansvar för denna nationella konferens.
6. De vårdgivare som genomför kirurgisk och/eller onkologisk behandling har ansvar för registrering i nationellt kvalitetsregister.
7. Om det vid utvärdering visar sig att resultatmålen för botande behandling inte uppnås ska den nationella nivåstruktureringen omprövas.

Sakkunniggruppen har inte kunnat enas om till hur många vårdgivare operation i botande syfte ska koncentreras. Inför formulerande av remissförslag har antalet enheter varit föremål för ytterligare diskussion i den nationella arbetsgruppen och i RCC i samverkan.

Remissförslag

Med utgångspunkt från ovanstående föreslår RCC i samverkan att:

- **Kurativt syftande kirurgi utförs vid 4 nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK ska finnas.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

Del 2 – Utformning av remissvar

Regionala cancercentrum i samverkan önskar huvudmännens synpunkter senast den 30 oktober 2015. Sammanlagt omfattar remissen sju olika områden och förslag.

Remissvaren måste behandla varje område för sig och **för varje område** önskas svar på nedanstående frågor. Om möjligt är det en fördel om landsting/regioner inom en sjukvårdsregion avger ett gemensamt svar. I annat fall emotses svar från varje landsting/region.

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2. En ansökan krävs för varje område med undantag för sarkom där ansökan kan omfatta bägge grupperna eller endera. Det behöver tydligt formuleras i ansökan om ansökan avser båda grupperna eller enbart en grupp.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Bilagor

1. Underlag för remissvar
2. Mall för ansökan om nationellt centrum/nationell vårdenhet inom cancervården
3. Sakkunnigutlåtande analcancer
4. Sakkunnigutlåtande vulvacancer
5. Sakkunnigutlåtande isolerad hyperterm perfusion
6. Sakkunnigutlåtande cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan
7. Sakkunnigutlåtande muskulo-skelettala sarkom
8. Sakkunnigutlåtande buksarkom
9. Underlag kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer

Bilaga 1

1. Remissunderlag – Analcancer

- Radiokemoterapi ges vid fyra nationella vårdenheter i landet.
- Salvagekirurgi utförs vid två nationella vårdenheter i landet.
- Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- Nationell MDK införs vid definierade situationer.
- Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

2. Remissunderlag – Vulvacancer

- **Behandling av vulvacancer ges vid minst 3 men högst 4 nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK införs vid definierade situationer.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

3. Remissunderlag – Isolerad hyperterm perfusion

- **Behandling av isolerad hyperterm perfusion ges vid en enhet i landet.**
- **Verksamheten vid den nationella vårdenheten ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Verksamheten vid den nationella vårdenheten ska etablera samverkan med någon eller några av övriga nordiska enheter.**
- **Nationell MDK ska övervägas vid definierade situationer.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

4. Remissunderlag – Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan

- CRS/HIPEC behandling ges vid 2 – 4 nationella vårdenheter i landet.
- Det slutliga antalet fastställs efter bedömning av inkomna ansökningar.
- Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- Nationell MDK ska finnas.
- Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

5. Remissunderlag – Muskulo-skelettala sarkom

- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.
- Ett nationellt uppdrag innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem. Exempelvis kan detta gälla: högmaligna/intermuskulära sarkom, Ewingsarkom och skelett- och mjukdelssarkom i kotpelare och bäcken.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2. En ansökan krävs för varje område med undantag för sarkom där ansökan kan omfatta bägge grupperna eller endera. Det behöver tydligt formuleras i ansökan om ansökan avser båda grupperna eller enbart en grupp.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

6. Remissunderlag – Buksarkom

- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.
- Ett nationellt uppdrag avseende buksarkom innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem. Detta gäller kirurgisk behandling av RPS, non-GIST buksarkom samt GIST i enlighet med sakkunniggruppens förslag.
- Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2. En ansökan krävs för varje område med undantag för sarkom där ansökan kan omfatta bägge grupperna eller endera. Det behöver tydligt formuleras i ansökan om ansökan avser båda grupperna eller enbart en grupp.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

7. Remissunderlag – kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer

- **Kurativt syftande kirurgi utförs vid 4 nationella vårdenheter i landet.**
- **Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.**
- **Ett uppdrag för en nationell vårdenhet baseras på ansökan och ska uppfylla de krav som ställs på nationella enheter avseende utveckling, utbildning, forskning mm.**
- **Nationell MDK ska finnas.**
- **Ansvar för nationell MDK utgår från en nationell vårdenhet.**

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.
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?
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.
4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.
5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?
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?
7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen

Bilaga 2

Ansökan om nationellt centrum/nationell vårdenhet inom cancervården

Nationell nivåstrukturerings inom cancervården innebär att åtgärder ska genomföras på färre än sex vårdenheter i landet. RCC i samverkan föreslår områden som kan vara aktuella för nivåstrukturerings och remissunderlag bereds av särskilda sakkunniggrupper. I samband med remissförfarandet kan regioner och landsting ansöka om ett uppdrag som nationellt centrum. Denna ansökan utgör det huvudsakliga underlaget för bedömning av vilka vårdenheter som föreslås för nationellt uppdrag.

Ansökan ska följa nedanstående mall och beskriva såväl hittillsvarande verksamhet som hur man planerar för en utökad verksamhet. Beskrivningen ska omfatta hela vårdprocessen ur ett patientperspektiv, dvs. omfatta förloppet såväl före som efter den del som är aktuell för nationell nivåstrukturerings. Beskrivningen ska bl.a. omfatta: samverkan med andra vårdgivare, samverkan med patient/närstående-företrädare, utbildning, kompetensförsörjning samt forskningsaktivitet. Beslut om nationell vårdenhet tas sedan av regioner/landsting.

1. Beskrivning av verksamhet/er som ansökan omfattar

Här preciseras vilka typer av tillstånd/åtgärder som ansökan omfattar och hur dessa åtgärder relateras till patientens övriga process. Här ska också anges vilka vårdgivare som förutsätts vårda patienten före och i efterförloppet. I detta avsnitt ska också beskrivas vem som ska handlägga komplikationer samt hur och var uppföljning ska ske.

2. Nuvarande vårdvolym samt planerad utökad volym

Här preciseras vårdvolymen under de senaste tre åren samt upptagningsområde/remissvägar för aktuell verksamhet samt hur denna har utvecklats. Här anges även den tilltänkta planeringen som utgör underlag för framtida verksamhet som nationellt centrum. Ange även om det finns ett beräknat kapacitetstak för verksamheten.

3. Nuvarande struktur samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag

Här preciseras nuvarande resurser för aktuell verksamhet samt hur dessa förväntas att utvecklas vid framtida verksamhet som nationellt centrum.

- **Fysiska resurser:** lokaltillgång för mottagning, vårdplatser, patienthotell, operationskapacitet, teknisk utrustning, bild- och funktionsdiagnostik, patologi, utrustning för multidisciplinär konferens mm.

- **Personalresurser:** Bemanning, kompetenser och kompetensnivå inom olika professioner och specialiteter, utbildning, kompetensutveckling mm. Beskrivningen ska omfatta tillgänglig kompetens/bemanning 24/7/365 dvs. inkl. natttid, helger och semesterperioder.

4. Nuvarande process samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag

Här preciseras nuvarande vårdprocess samt planerade förändringar inför en framtida verksamhet som nationellt centrum.

- Översiktlig beskrivning av vårdprocessen ur ett patientperspektiv från första kontakt p.g.a. sjukdomsmissstanke till uppföljning och palliativ vård.
- Detaljerad beskrivning av den del av vårdprocessen som omfattas av det nationella uppdraget med särskild uppmärksamhet på:
 - o Remitteringsrutiner
 - o Samverkan med remitterande enheter
 - o Samverkan med övriga nationella centra
 - o Kontaktsjuksköterskans roll
 - o Koordinators roll vid standardiserade vårdförlopp (om detta är aktuellt)
 - o Aktiva överlämningar
 - o Arbetsfördelning mellan remitterande verksamheter och nationellt centrum
 - o Multidisciplinär konferensverksamhet inkl. anmälningsrutiner till MDK
 - o Kommunikation med remittenter
 - o Patient/närståendeinformation inkl. webbaserad information
 - o Individuell vårdplan/ Min vårdplan
 - o Rutiner för handläggning av komplikationer, såväl tidiga (under vårdtiden) som sena (efter avslutad vårdepisod)
 - o Rutiner för arbete med patientsäkerhet
 - o Rutiner vid återfall
 - o Registrering i kvalitetsregister omfattande rutiner och ansvar för registrering under hela processen (d.v.s. samtliga blanketter).
- Externt riktad utbildningsaktivitet, t.ex. till remittenter, patientorganisationer m.m.

5. Nuvarande resultat samt planerade förändringar vid ett utökat uppdrag

Här preciseras nuvarande vårdresultat samt hur dessa utvecklats över tid. Här anges även tilltänkta behov av förändringar inför en framtida verksamhet som nationellt centrum.

- Rutiner för resultatredovisning, källor.
- Täckningsgrad i kvalitetsregister.
- Utveckling av tillgänglighet och ledtider.
- Medicinska kvalitetsmått med relevans för aktuell verksamhet.

- Uppnått behandlingsresultat: Radikalitet, sjukdomsfri överlevnad, överlevnad.
- Behandlingskomplikationer efter kirurgi enligt Clavien-Dindos gradering (1-5), oplanerad IVA-vård, oplanerad återinläggning, vårdtider.
- Utveckling av patientrapporterade mått, PROM och PREM.
- Följsamhet till vårdprogram och guidelines.
- Andel patienter diskuterade i multidisciplinär konferens per region/landsting av inrapporterade i kvalitetsregistret.
- Deltagande i nationella och internationella vetenskapliga studier.
- Antal patienter behandlade inom ramen för kliniska studier.
- Publicerade vetenskapliga arbeten under de senaste fem åren.

6. Genomförd riskanalys

Riskanalysen ska belysa konsekvenser för verksamheten (inklusive näraliggande verksamheter?) såväl vid ett nationellt uppdrag som vid ett uteblivet sådant uppdrag.

7. Programförklaring/checklista för presentation av verksamheten för remitterande landsting/regioner.

Här anges hur Ni önskar presentera en kommande verksamhet för tillänkta remittenter. Använd uppgifterna under process ovan för att beskriva:

- När klinik ska kontakta er, d.v.s. beskriv aktuell patient.
- Hur kliniker i Sverige ska kontakta er; remiss, telefon.
- Hur patienten kontaktas från er.
- Kontaktsjuksköterska utses hur och när, individuell vårdplan.
- Hur nationell rond ska fungera, anmälan och presentation.
- Vad som skall vara gjort i utredningsväg före anmälan till rond.
- Inom vilken tid efter nationell rond patienten kan påbörja behandling.
- Vad som händer när patienten tas in för behandling.
- Boendemöjlighet för medföljande närstående.
- Rutiner vid utskrivning, återremiss? telefonkontakt? kontakt med. kontaktsjuksköterska på hemmaplan?
- Ansvar och rutiner för komplikationer.
- Uppföljning, hur och var.
- Ert ansvar året runt.