

2016-05-26

SVN 2016-10

Gunilla Gunnarsson, ordf RCC i samverkan
Sveriges kommuner och landsting
Avd för vård och omsorg
118 82 Stockholm

Sydöstra sjukvårdsregionens remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Pankreas- och Periampullär cancer, kurativt syftande kirurgisk behandling – specifikt LAPC

Remissförslaget från RCC i samverkan:

- Kurativt syftande kirurgi vid LAPC utförs vid två nationella vårdenheter i landet.
- Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
- Nationell MDK inrättas för denna verksamhet. Ansvar för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.
- Övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
- Den regionala samordningen av den pankreaskirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Svar på RCC i samverkans frågor i de delar som omfattar LAPC:

- 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.**

Sydöstra sjukvårdsregionen accepterar förslaget om centralisering av LAPC men ser vissa problem med denna vilket angivits nedan.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området?

Ja

Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Ja

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.

Ej aktuellt – Universitetssjukhuset i Linköping (US) avser söka status som nationell enhet.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

Ansökan inlämnad

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

Utmaningen när det gäller LAPC ligger i gränslandet mellan klinisk behandling och forskning. Det finns idag inte vetenskapligt stöd att operera patienter med artärresektion (A. mes sup eller A. Hepatika) annat än inom ramen för studier. Därför är den grupp som avses i denna ansökan ännu inte definierad som klinisk praxis att behandla i kurativt syfte. Motiveringen att remittera för denna typ av ingrepp kan därför variera. US bedömer att det finns risk att utvecklingen bromsas för LAPC när man nivåstrukturerar forskningsverksamhet.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret?

Sedan snart 10 år tillbaka har US det regionala ansvaret för lever och pankreaskirurgi i Sydöstra sjukvårdsregionen och har stabila upparbetade rutiner för dessa diagnoser och patientgrupper. En utvidgning skulle innebära att samma kontaktvägar skapas för dessa patienter som då kommer från andra regionala lever och pankreascentra. (Detaljerad beskrivning i ansökan)

Radiologisk utredning sker vid hemortssjukhuset. Så snart diagnosen misstänks skall patienten sättas upp på nationell konferens i enlighet med den gemensamma skrivning som gjorts av expertgruppen. US kommer ha en öppen nationell telemedicinsk konferens varje vecka där alla patienter tas upp. Vid konferens beslutas om patienten beroende på tumörutbredning samt komorbiditet gör det lämpligt att behandlas med neoadjuvant kemoterapi i downsizing syfte. Patienter informeras lokalt om erbjuden onkologisk behandling, vävnadsdiagnostik genomförs på lokalt sjukhus och den onkologiska behandlingen genomförs vid närmaste onkologisk klinik som kan ge denna typ av behandling. Så snart patienten genomgått behandling görs ny radiologisk utvärdering vid nationell konferens och i de fall tumörutbredning gör resektion möjlig kommer patienten komma till US för information och behandling. När den kirurgiska behandlingen är genomförd kommer patienten återgå till hemortssjukhuset för ytterligare några dagars vård innan hemgång. Uppföljning sker vid PAD svar antingen vid hemregionens sjukhus eller hos US beroende på patientens vilja. Ny konferens sker vid PAD svar om diagnosen motiverar tilläggsbehandling.

Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

US har ansvaret i vår region idag.

Följer samma process som används idag och som beskrivits ovan.

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

Fördelen att fler operationer vid färre centra kan ge möjlighet till högre kvalitet. Nackdelen är att patienterna måste resa längre.

2016-05-26

SVN 2016-10

Gunilla Gunnarsson, ordf RCC i samverkan
Sveriges kommuner och landsting
Avd för vård och omsorg
118 82 Stockholm

Sydöstra sjukvårdsregionens remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Lever- och gallvägscancer, kirurgisk behandling – specifikt kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer

Remissförslaget från RCC i samverkan:

- Kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer utförs vid två nationella vårdenheter i landet.
- Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
- Övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion
- Nationell MDK inrättas för vissa sällsynta och komplicerade tumorsjukdomar t.ex. perihilära tumörer och avancerad gallblåsecancer. Ansvaret för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.
- Den regionala samordningen av den leverkirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Svar på RCC i samverkans frågor i de delar som omfattar kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer:

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.

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget när det gäller perihilär gallgångscancer.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området?

Ja

Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Ja

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.

Ej aktuellt – Universitetssjukhuset i Linköping (US) avser söka status som nationell enhet.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

Ansökan inlämnad

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

Utmaningen med perihilär gallgångscancer är den preoperativa eventuella portaembolisering. Detta är komplicerade åtgärder som inte sällan leder till komplikationer som kräver akut behandling. Detta innefattar framförallt kolangiter samt otillräcklig avlastning. Skall vi få detta att fungera i Sverige krävs ett ytterligare utvecklat samarbete mellan de ingående levercentra och en väl fungerande nationell konferens.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret?

Sedan snart 10 år tillbaka har US det regionala ansvaret för lever och pankreaskirurgi i Sydöstra sjukvårdsregionen och har stabila upparbetade rutiner för dessa diagnoser och patientgrupper. En utvidgning skulle innebära att samma kontaktvägar skapas för dessa patienter som då kommer från andra regionala lever och pankreascentra. (Detaljerad beskrivning i ansökan)

Radiologisk utredning sker vid hemortssjukhuset. Så snart diagnosen misstänks skall patienten sättas upp på nationell konferens i enlighet med den gemensamma skrivning som gjorts av expertgruppen. US kommer ha en öppen nationell telemedicinsk konferens varje vecka där alla patienter tas upp. Vid konferens beslutas om fortsatt preoperativ handläggning som sker vid det regionala levercentrat med gallvägsavlastning, portaembolisering samt övervakning av effekter av dessa åtgärder. Patienten från andra regioner kommer att kontaktas av US så snart den nationella konferensen finner att patienten är potentiellt en resektionskandidat. I de fall misstanken är hög om peritoneal carcinos kommer laparoskopisk staging göras på hemortssjukhuset innan ytterligare handläggning.

Om onkologisk behandling, kommer den att ges i hemortsregionen.

Så snart remiss anländer kommer patient och remittent kontaktas vilket görs idag. För att se att all information finns med samt att patienten är införstådd att hen är remitterad och varför.

Patienten kommer sedan för ett preoperativt besök vilket i de flesta fall blir dagen innan operation. Patienten opereras därefter och vårdas sedan till patienten är i skick att återgå till hemortssjukhuset. Uppföljning sker vid PAD svar antingen vid hemregionens kirurgklinik eller US beroende på patientens vilja. Ny konferens sker vid PAD svar om diagnosen motiverar tilläggsbehandling. För patienter som inte lämpar sig för radikalt syftande kirurgi upparbetas nu behandlingsalternativ som kommer utvärderas i studieform och sannolikt bli klinisk praxis inom ett par år. Även denna behandling kommer sedan erbjudas för denna patientgrupp.

Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

US har ansvaret i vår region idag.

I enlighet med expertgruppens förslag samt SVF kommer centrering av utredning och preoperativ behandling att ske till till Universitetssjukhuset i Linköping. Patienterna kommer att utredas med MR+MRCP och därefter tas upp på nationell konferens. Beroende på beslutet här kommer den preoperativa utredningen fortsätta till patienten är förberedd för kirurgi vid ett av de 2 utvalda nationella centra.

2016-05-26

SVN 2016-10

Gunilla Gunnarsson, ordf RCC i samverkan
Sveriges kommuner och landsting
Avd för vård och omsorg
118 82 Stockholm

Sydöstra sjukvårdsregionens remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Remissförslaget från RCC i samverkan:

- Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer utförs vid två nationella vårdenheter i landet.
- Skärpningen av sakkunniggruppens förslag motiveras av att varje enhet bör utföra ca 20 operationer årligen.
- Verksamheten vid de nationella vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
- Nationell MDK inrättas för denna verksamhet. Ansvaret för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.

Svar på RCC i samverkans frågor:

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter?

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget.

Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Ja, i enlighet med diskussioner på RMPG urologi

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området?

Ja.

Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Ja

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.

Ej aktuellt – Universitetssjukhuset i Linköping (US) avser söka status som nationell enhet.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

Ansökan inlämnad

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

Effekterna är att ett större antal patienter behöver resa utanför regionen för kirurgisk kurativ behandling, men också vid behandling av recidiv. Nya rutiner måste upparbetas mot eventuellt centrum som skall ta över verksamheten. Detta kan även få effekter för det samarbete som finns med kirurgiska kliniken runt patientgruppen med avancerade buktumörer (sarkom, buktumörer med överväxt på omgivande organ).

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?

US har idag för vår region stabila upparbetade rutiner för allt detta. En utvidgning skulle innebära att man skapar samma kontaktvägar för dessa patienter som då kommer från andra regioner. Radiologisk utredning och beslut om remittering kommer att ske vid övriga regionala centra. US kommer ha en öppen telemedicinsk konferens varje vecka där alla patienter tas upp. Vid remiss till sätts patienten upp på denna konferens och meddelas remittenten. Beroende på logistiken kommer bilder förevisas av remittentens eller US radiolog. Sedan följer ett gemensamt enande om ytterligare utredning krävs samt var patienten skall opereras om så är fallet. Gemensamt beslut sker också om eventuell preoperativ onkologisk behandling eller palliativ dito.

Om onkologisk behandling, kommer den att ges i hemortsregionen. Så snart remiss anländer kommer patient och remittent kontaktas såsom idag. Detta för att tillse att all information finns tillgänglig samt att patienten är införstådd att han är remitterad och varför.

Patienten kommer sedan för ett preoperativt besök. Pat opereras därefter och vårdas sedan vanligen 7 dagar och återgår därefter till hemortssjukhuset. Uppföljning sker vid PAD-svar antingen vid hemregionens center eller hos oss beroende på patientens vilja. Ny konferens sker vid PAD-svar om diagnosen motiverar ytterligare behandling. Kirurgisk uppföljning avseende biverkningar sker hos oss.

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

En bruten behandlingskedja där den onkologiska behandlingen ges av ett centra och operation vid ett annat. På detta sätt kan det bli oklarheter för patienterna vem som är ansvarig för vad. Och var de ska söka vid en viss komplikation/problem.

2016-05-26

SVN 2016-10

Gunilla Gunnarsson, ordf RCC i samverkan
Sveriges kommuner och landsting
Avd för vård och omsorg
118 82 Stockholm

Sydöstra sjukvårdsregionens remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Lever- och gallvägscancer, kirurgisk behandling (exklusive kirurgisk behandling av perihilära gallvägstumörer)

Remissförslag

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

- Övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion
- Nationell MDK inrättas för vissa sällsynta och komplicerade tumörsjukdomar t.ex. perihilära tumörer och avancerad gallblåsecancer. Ansvaret för att inrätta nationell MDK läggs på de nationella vårdenheterna.
- Den regionala samordningen av den leverkirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

**8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss levercancer)? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.**

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget och avser att remittera till aktuella vårdenheter.

Pankreas- och periampullär cancer, kurativt syftande kirurgisk behandling (exklusive kurativt syftande kirurgi vid LAPC)

Remissförslag

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

- Övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
- Den regionala samordningen av den pankreaskirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

**8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (viss bukspottkörtelcancer)? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.**

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget och avser att remittera till aktuella vårdenheter.

Äggstockscancer

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

- All kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer utförs vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- Verksamheten vid de regionala vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
- Den regionala samordningen av ovarialcancervården utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

**8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (äggstockscancer)? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.**

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget och avser att remittera till aktuella vårdenheter.

Njurcancer, kirurgisk behandling

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

- Kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- All övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
- Den regionala samordningen av njurcancerkirurgin utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering (njurcancer)? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuella vårdenheter? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget om avancerad njurcancer och avser att remittera till aktuella vårdenheter.

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer dock inte förslaget om den strikta gränsen på minst 50 operationer per år för övrig kirurgisk behandling av njurcancer. En mer flexibel gräns föreslås att tillämpas inom sjukvårdsregionen för ge möjligheter till en successiv anpassning med en bra process kring arbetsfördelning och tillvaratagande av den kompetens som finns i sjukvårdsregionen.

Urinblåsecancer, cystektomi

Remissförslag

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

- Kirurgisk behandling med cystektomi vid avancerad urinblåsecancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
- Den regionala samordningen av njurcancerkirurgin utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

**8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturerings (cystektomi vid urinblåsecancer)? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuella vårdenheter?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.**

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer förslaget och avser att remittera till aktuella vårdenheter.
