

Gunilla Gunnarsson
Handläggare

Uppföljning av RCCs rekommendationer gällande regional nivåstrukturering

RCC i samverkan har, i samband med beslutsrekommendationer avseende nationell nivåstrukturering, även givit regionerna rekommendation gällande regional nivåstrukturering. RCC har också meddelat att rekommendationerna kommer att följas upp efter två år.

Sammanfattande slutsatser

- De regionala rekommendationerna har införts i stor omfattning. Ofta till följd av tidigare sjukvårdsregionala beslut, ibland till följd av RCCs rekommendationer.
- Arbetet med regional nivåstrukturering pågår aktivt och därför är denna rapport en ögonblicksbild ca 2 år efter givna rekommendationer.
- Det framkommer inte av rapporteringen i vilken omfattning man arbetat förebyggande med arbetsfördelning av benign kirurgi, enstaka arbeten redovisas i några sjukvårdsregioner men också att akuta förflyttningar av verksamhet sker vid kapacitetsproblem.
- Det framgår däremot tydligt att en utökad verksamhet vid universitetssjukhuset utan resursförstärkning eller genomförd arbetsfördelning till länssjukhusen leder till kapacitetsproblem med operationssalsbrist och långa väntetider.
- RCC har i de flesta fall rekommenderat ett sjukhus per sjukvårdsregion. I alla införda rekommendationer har sjukvårdsregionerna valt universitetssjukhuset, förutom Uppsala-Örebroregionen som konsekvent frångått rekommendationerna om ett sjukhus per sjukvårdsregion till förmån för verksamhet vid båda universitetssjukhusen, någon enstaka gång för ett universitetssjukhus i kombination med ett länssjukhus. I vissa fall är det ganska stora skillnader i fördelning av patientvolym mellan Uppsala och Örebro.
- Den rekommendation som ingen sjukvårdsregion har antagit är njurcancerkirurgi vid enheter med minst 50 ingrepp /år.
- När rekommendationerna inte följts har det oftast motiverats med att mottagande sjukhus har kapacitetsproblem medförande långa väntetider samt att remitterande enhet befarar läkarflykt.
- Sjukvårdsregionerna beslutar ibland att två sjukhus ska betraktas som en enhet där operatörerna ibland opererar tillsammans, ibland inte. Man menar att man därmed upprätthåller kvaliteten till skillnad från RCC som bedömt att koncentration inte enbart handlar om operatörernas kompetens utan också kompetens hos övrig personal på operation, avdelning och IVA. Att känna igen och kunna hantera komplikationer jourtid har RCC bedömt som viktigt.
- Sjukhus som gör få ingrepp motiverar detta ofta med att deras kvalitet är lika bra som de som har högre volymer på grund av träning på benigna operationer i samma område. De

hänvisar till uppföljning bland annat i kvalitetsregister. Andra anser att det är omöjligt att bedöma resultat av få ingrepp i kvalitetsregister.

<http://lakartidningen.se/Opinion/Debatt/2018/11/Argumenten-for-sallankirurgi-mest-fromma-forhoppningar/>

- När resursproblem uppstår, exempelvis sommartid, har ibland enstaka ingrepp flyttats till sjukhus som normalt ej utför dessa, vilket måste bedömas vara oacceptabelt.
- Kritik framkommer mot att rekommendationen om magsäckscancer inte gick på remiss.
- Ingen negativ påverkan på den akuta verksamheten i sjukvårdsregionerna har rapporterats, inte heller några sidoeffekter på andra verksamheter.
- De sjukhus till vilket verksamhet koncentreras måste se till att ha korta ledtider samt ansvara för att utbildning fungerar på olika nivåer i hela sjukvårdsregionen. Kommunikation måste också förbättras.
- De sjukhus som lämnat ifrån sig verksamhet måste säkerställa att rutiner finns för utredning och uppföljning och att visa att den verksamhet som finns kvar är lika viktig för medarbetarna som den är för patienterna.
- Regionala MDK och regionala processgrupper medför att det skapas ett viktigt kollegialt nätverk som informellt ger påverkansmöjligheter, kan säkra fortbildning och kan motverka utarmning och missmod utanför universitetssjukhusen. Det behövs bättre förståelse från regionledningarna vad gäller behovet av auskultation på universitetskliniker.
- Årliga dialogturnéer till alla samverkande sjukhus för genomgång av process, resultat, flaskhalsar och förbättringsområden kan öka samarbetet.

Bakgrund

RCC i samverkan lämnade 2016-02-09 följande rekommendationer avseende regional nivåstrukturering till landsting/regioner:

1. **Kirurgisk behandling vid matstrups- och magsäckscancer**
att kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.
(Samtidigt gavs en beslutsrekommendation avseende nationell nivåstrukturering: att kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd ska utföras vid 2 nationella vårdenheter.)

RCC i samverkan lämnade 2016-12-09 följande rekommendationer avseende regional nivåstrukturering till landsting/regioner:

2. **Kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer exklusive perihilära gallvägstumörer och levertransplantation**
att kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer exklusive perihilära gallvägstumörer och levertransplantation ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.
3. **Kirurgisk behandling vid pankreas- och periampullär cancer exklusive lokalt avancerad cancer**
att kurativt syftande kirurgisk behandling vid pankreas- och periampullär cancer exklusive lokalt avancerad cancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.
4. **Äggstockscancer**
att primär behandling samt behandling vid progress eller recidiv av äggstockscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.
5. **Kirurgisk behandling vid njurcancer**
att kirurgisk behandling av komplicerad njurcancer med avancerade tumörer, såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ, ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.
att övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer om året.
6. **Kirurgisk behandling med cystektomi vid urinblåsecancer**
att kirurgisk behandling med cystektomi vid urinblåsecancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

Uppföljning

Samtliga sjukvårdsregioner erhöll 2018-12-13, via RCC-cheferna, en uppmaning att besvara följande frågor gällande de regionala rekommendationerna senast 31 mars 2019:

1. Beskriv hur sjukvårdsregionen arbetat med rekommendationen.

2. Har rekommendationen införts?

3. Om ja; i hela sjukvårdsregionen eller står vissa landsting utanför? Infördes rekommendationen i sin helhet eller har rekommendationen införts för del av diagnos eller behandling? När infördes rekommendationen? Hur har det fungerat? Finns oväntade konsekvenser av införandet? Har införandet påverkat andra viktiga områden(exempelvis akutvården) ?

4. Om nej; varför har rekommendationen inte införts? Hur är verksamheten upplagd idag? Planeras förändringar?

Från samtliga sjukvårdsregioner har svar inkommit från RCC.

I sammanställningen av svar används följande:

Rekommendationen är införd- när rekommendationen har införts för alla regioner/landsting i en sjukvårdsregion.

Rekommendationen är delvis införd- när rekommendationen består av flera delar och en del är införd i alla regioner/landsting i en sjukvårdsregion.

Rekommendationen är inte införd- när införande inte skett alls eller enbart i vissa regioner/landsting i en sjukvårdsregion.

Allmänna synpunkter

RCC norr: Enligt beslutsordningen för RCC Norr fattar förbundsdirektionen för Norra sjukvårdsregionförbundet beslut om sjukvårdsregional nivåstrukturering som går över landstingsgränserna. Beslut föregås av diskussioner i det regionala kirurgichefssamrådet, eventuellt kompletterande chefsgrupper, det regionala chefssamrådet för cancervården, den regionala processarbetsgruppen och i RCC Norrs styrgrupp.

Den första sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen antogs 2013 men redan dessförinnan var vissa åtgärder koncentrerade till Norrlands Universitetssjukhus(Nus).

En andra sjukvårdsregional nivåstruktureringsplan är gjord för åren 2016-2018. Benigna åkommor är koncentrerade till sjukvårdsregionens andra sjukhus. Ett problem är när resursproblem finns(exempelvis sommartid), då har enstaka ingrepp flyttats till sjukhus som annars inte utför dessa.

RCC Uppsala-Örebro: RCCs rekommendationer avseende nationell nivåstrukturering har lett till vissa förändringar i ingångna avtal men inte RCCs regionala rekommendationer. Samverkansnämnden hade tagit flera beslut om regional nivåstrukturering innan RCC gav regionala rekommendationer. Avtal med följande innehåll har slutits: ”betrakta verksamheten inom Uppsala-Örebro Regionen som en enhet, med verksamhet vid två sjukhus – Akademiska Sjukhuset samt Universitetssjukhuset Örebro”. Vad gäller pankreascancer samarbetar Akademiska med sjukhuset i Karlstad på motsvarande sätt.

I genomförandeprocesserna av beslut har RCC arbetat för att involvera berörda regionala vårdprocessgrupper och specialitetsråd, de lokala cancerråden samt RCC:s styrgrupp. Följsamheten

till tagna beslut försvåras av sjukvårdsregionens struktur, med sju regioner och två universitetssjukhus.

Under augusti-september 2018 genomförde företrädare för RCC Uppsala Örebro dialogmöten i respektive region där bl.a. företrädare från hälso- och sjukvårdsledning, från lokala cancerråden, sjukhusledning, verksamhetschefer och diagnosföreträdare deltog. Som underlag för diskussionerna presenterades data från kvalitetsregistren med bl.a. incidens, täckningsgrad i kvalitetsregistren samt antal utförda ingrepp på respektive enheter för åren 2010-2017. Även data för behandlande sjukhus i förhållande till patientens hemortslän presenterades för 2017.

https://www.cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/nivastrukturering/upsala-orebro/20181005_nivastrukturering.pdf

Svårigheterna har varit att få en samsyn i sjukvårdsregionen och för de mindre landstingen att lämna ifrån sig verksamhet som påverkar möjligheten att behålla eller nyrekrytera vissa specialister, fr.a. urologer. Oro för att akutverksamheten skulle komma att påverkas av de förändringar som genomförts eller något exempel på att så har skett har inte framkommit.

En uppdaterad kvalitetsregisterrapport för 2018 kommer att presenteras i augusti 2019 där även några utvalda kvalitetsmått, dels diagnosövergripande, dels diagnosspecifika kommer att följas. Rapporten kommer att användas för fortsatt uppföljning av den sjukvårdsregionala nivåstruktureringen. Via RCCs styrgrupp och dialogmöten kommer arbetet med att öka följsamheten till befintliga överenskommelser och avtal att fortsätta. RCC arbetar också med att förbättra strukturer och deltagande i sjukvårdsregionala MDK.

Samverkansnämndens ledningsgrupp har initierat en breddad nivåstruktureringsdiskussion inom urologin, där även benign verksamhet ingår. En arbetsgrupp, där RCC finns representerat, har tillsatts med syfte att bedriva ett övergripande arbete utifrån det regionala samverkansavtalet för att skapa en gemensam produktionsplaneringsmodell.

RCC Stockholm-Gotland: Ett landstingspolitiskt beslut (Region Stockholm) avseende koncentration av högspecialiserad vård togs i mitten på 2000-talet och har fortsatt följts upp genom landstingsfullmäktiges målbilder för länets framtida hälso- och sjukvård 2015 respektive 2025. Där har man bla. utifrån den regionala cancerplanen 2013-2015 tagit vidare beslut om cancervårdens fördelning och profilering av länets akutsjukhus. Region Gotland har beslutat följa de givna rekommendationerna förutom del av rekommendation 5.

Några oväntade konsekvenser för ex akutsjukvården har inte rapporterats.

RCC sydöst: Arbetet med nivåstrukturering och arbetsfördelning följs regelbundet vid RCC sydösts ledningsgruppsmöten. Arbetsfördelning som en konsekvens av sjukvårdsregional koncentration har fungerat bra inom kirurgi, kvinnosjukvård och urologi. Rekommendationerna har lett till att Universitetssjukhuset i Linköping har erhållit den verksamhet som föreslagits koncentreras till ett sjukhus samtidigt som Jönköping erhållit ett utbildningscentrum för robotkirurgi och benign kirurgi har flyttats till Kalmar. En arbetsgrupp har initierat arbete kring arbetsfördelning inom patologi.

En särskild utredare har fått i uppdrag av RCC sydöst att i samverkan med regionernas lokala sjukvårdshuvudmän genomföra en konsekvensanalys av de effekter den genomförda nivåstruktureringen har haft på såväl övergripande som på lokal nivå i sydöstra sjukvårdsregionens operations- och akutsjukvård.

RCC väst: Den västra sjukvårdsregionen har arbetat med regional nivåstrukturering flera år innan RCC gav regionala rekommendationer. Beslut var således redan tagna men en viss utveckling har skett efter hand. RCCs regionala processägare följer upp vårdprocess och resultat och samverkar med sjukhusen i sjukvårdsregionen.

RCC syd: Södra regionvårdsnämnden beslutade i februari 2016 att starta ett projekt för att se över möjligheterna till ett ökat samarbete mellan vårdgivarna i den somatiska vården i Södra sjukvårdsregionen.

I april 2018 beslutade Södra regionvårdsnämnden att samarbetet skulle permanentas. Samarbetet ska bygga på frivillighet, tillit och samförstånd mellan huvudmännen och ta hänsyn till helheten och allas olika förutsättningar för att möta framtidens utmaningar.

<https://sodrasjukvardsregionen.se/samarbete-for-battare-varld/om-samarbetet/>

Arbetet med regional nivåstrukturering inom cancervården har medfört omfattande kollegiala diskussioner och i flera frågor har inte samsyn kunnat nås.

1. Kirurgisk behandling vid matstrups- och magsäckscancer

RCC norr: Rekommendationen är införd.

Rekommendation 1, 2 och 3 kommenteras gemensamt, då det redan innan rekommendationen kom fanns beslut om sjukvårdsregional nivåstrukturering av dessa åtgärder. Kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer samt pankreas- och periampullär cancer var koncentrerat till Nus redan innan den första sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen antogs 2013. Kirurgisk behandling av matstrupscancer har varit centraliserat till Nus sedan 2013. I den första sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen, för åren 2013–2015, gjordes bedömningen att viss magsäckscancer kunde opereras vid både regionsjukhuset och länssjukhusen, men att den stora radikala kirurgin skulle göras enbart vid Nus. I den sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen för 2016–2018 fastslogs att all kurativt syftande magsäckscancerkirurgi ska göras vid Nus, förutom de tillstånd som enligt det nationella nivåstruktureringsbeslutet ska utföras vid två nationella vårdenheter utanför sjukvårdsregionen.

För att frigöra operationsresurser vid Nus för övre gastrointestinal (ÖGI) cancerkirurgi har en arbetsfördelning gjorts, med utlokalisering av annan verksamhet från Nus. Stora diafragmabräck opereras i Sunderbyn och i Sundsvall görs antirefluxkirurgi och SpyGlass-undersökningar för hela sjukvårdsregionen. Inom Region Västerbotten skickas patienter från Nus till Lycksele för bräckkirurgi och obesitaskirurgi och till Skellefteå för benign gallkirurgi.

Centraliseringen av ÖGI-cancerkirurgin till Nus har fungerat, förutom att resursbrister vid Nus stundtals har medfört långa väntetider till operation, något som har gett upphov till frustration i sjukvårdsregionen. Ett fåtal fall av magsäckscancer har opererats på något av länssjukhusen i regionen. Det har då skett i samråd med Nus, och berott på resursbrist vid Nus. Enstaka fall av lever- och gallvägscancer samt pankreas- och periampullär cancer har av samma orsak opererats vid sjukhus utanför sjukvårdsregionen.

Samtliga patienter tas upp i den på veckobasis återkommande ÖGI-MDK:n.

RCC Uppsala-Örebro: Rekommendationen är inte införd.

För dessa två diagnoser har man beslutat att regional nivåstrukturering ska ske till båda universitetssjukhusen och detta har följts framför allt för matstrupscancer som inte längre opereras på länssjukhusen. Magsäckscancer opereras fortfarande på något fler ställen i regionen. Sörmland skickar huvudsakligen sina patienter till Huddinge sjukhus och Värmland skickar sina matstrupscancer till Örebro. Övriga landsting skickar till Uppsala.

RCC Stockholm-Gotland: Rekommendationen är införd.

RCC sydöst: Rekommendationen är införd.

Regionsjukvårdsledning och samverkansnämnd beslutade i slutet av 2016 att rekommendationen ska följas. Verksamheten koncentrerades till Universitetssjukhuset i Linköping.

RCC väst: Rekommendationen är införd.

All kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer i VG Region och Halland är sedan 2007 koncentrerad till SU. 25 +/- 5 patienter per år dvs 20-30 opereras med kurativ intention. Patienterna utreds på hemortssjukhuset och föredras i regiongemensam länkad MDK som utgår från SU. All kurativt syftande kirurgi för magsäckscancer i VG Region och Halland är sedan 2015 koncentrerad till SU.

RCC syd: Rekommendationen är delvis införd.

Rekommendationen infördes våren 2017. Alla sjukhus utom Växjö följer rekommendationen för magsäckscancer. Alla sjukhus följer rekommendationen för matstrupscancer. Dock har det varit uppslitande diskussioner som har lett till att vissa sjukhus inte heller gör enklare ingrepp som exempelvis endoskopiska stentar. Lund har infört beredskapsläkare för ÖGI-cancer 24/7/365.

Växjö anger att de inte följer rekommendationen för magsäckscancer och låg cardiacancer, ca 5 ingrepp /år enligt kvalitetsregistret. De hävdar dock att de har god kvalitet på grund av andra ingrepp i området som bör vägas samman med canceringreppen. De är kritiska till rekommendationen som de tror skulle leda till flykt av ÖGI-kirurger och därmed sämre vård till patienterna generellt. De är kritiska till beslutshandlingen.

Blekinge anger att området centraliserats med ökande väntetider som följd och uppgifter om hög komplikationsfrekvens(underlag ej redovisat). Vidare har det inom den övre gastrointestinala sektorn till följd av centraliseringen blivit mindre fokus och stringens vad gäller hanteringen av patienter med malignitet inom detta område lokalt på hemmakliniken. Kontinuiteten för patienten är även klart påverkad i negativ riktning. Möjligheten att utbilda yngre kirurger inom ÖGI-området har även försämrats. Vad gäller de direkta kirurgiska åtgärderna kan Blekinge inte se att kvalitén har försämrats efter centraliseringen.

Sammanfattningsvis:

- Rekommendationen är införd i norra sjukvårdsregionen, Stockholm-Gotland, sydöstra och västra sjukvårdsregionerna.
- Södra sjukvårdsregionen har delvis infört rekommendationen.
- Uppsala-Örebroregionen har inte infört rekommendationen.

2. Kirurgisk behandling vid lever- och gallvägscancer

RCC norr: Rekommendationen är införd.

Se ovan under punkt 1.

RCC Uppsala-Örebro: Rekommendationen är inte införd.

Regionalt har beslutats om två enheter, Uppsala och Örebro. De allra flesta patienter opereras i Uppsala. Örebro har opererat några egna patienter, övriga patienter har man skickat till Huddinge sjukhus. Sörmland skickar alla patienter till Stockholm, Huddinge sjukhus och Danderyds sjukhus. Övriga landsting skickar de flesta patienterna till Uppsala, några enstaka till Stockholm.

RCC Stockholm-Gotland: Rekommendationen är införd.

RCC sydöst: Rekommendationen är införd.

Regionsjukvårdsledning och samverkansnämnd beslutade i början av 2017 att beslutet ska följas men kompletterade beslutet i slutet av 2017 med att förtydliga att Universitetssjukhuset i Linköping är den enhet till vilken koncentration ska ske.

RCC väst: Rekommendationen är införd.

Västra Götalandsregionen (VGR) har haft kirurgisk vård centraliserad sedan 90-talet. Hela Halland är med sedan 2016. Centraliseringen innefattar sedan början av 2000-talet även regional behandlingskonferens för diagnos och beslut om kirurgisk behandling, men även medicinsk behandling av primär levercellscancer. Ansvar för kemoterapi för gallvägscancer ligger på respektive onkologienhet. Radiologisk interventionsbehandling och endoskopisk interventionell behandling är inte centraliserad för patienter under utredning.

RCC syd: Rekommendationen är införd.

I södra sjukvårdsregionen var nivåstruktureringen i princip redan införd när det formella beslutet fattades.

Konsekvenserna av genomförandet är en besvärlig kapacitetsbrist vad gäller både operationsutrymme och vårdplatser. Detta har accentuerats av personalläget på operations- och vissa vårdavdelningar på Skånes Universitetssjukhus (SUS) och för tillfället fr.a. inom anestesi men det har varierat över tid. Sedan vecka 12 2018 har SUS haft en kapacitetsneddragning på operation motsvarande mer än 50 % för den elektiva kirurgin. Som en åtgärd har därför all bröstcancerkirurgi överförs till SUS, Malmö. Vid redovisningstillfället i början av 2019 är väntetiderna till lever-galla-bukspottkörtelkirurgi 9-10 veckor trots att SUS det senaste

halvåret systematiskt tvingats skicka patienter till andra centra när dessa haft möjlighet att hjälpa till. För närvarande har även övriga svenska centra begränsade möjligheter, varför ett avtal slutits med en vårdenhet i Tyskland under 2019.

Blekinge anger att det emellanåt föreligger en kapacitetsbrist vid SUS med lång väntetid för patienter som väntar på leverkirurgi på grund av kolorektala levermetastaser, speciellt då det gäller ablationsbehandling.

Sammanfattningsvis:

- Rekommendationen är införd i norra sjukvårdsregionen, Stockholm-Gotland, sydöstra, västra och södra sjukvårdsregionerna.
- Uppsala- Örebroregionen har inte infört rekommendationen.

3. Kirurgisk behandling vid pankreas- och periampullär cancer

RCC norr: Rekommendationen är införd.

Se ovan under punkt 1.

RCC Uppsala-Örebro: Rekommendationen är inte införd.

Regionalt har beslutats om två enheter, Uppsala och Karlstad som huvudsakligen opererar sina egna patienter. Örebro skickar huvudsakligen till Karlstad, men har opererat några själv (3 patienter 2017). Sörmland skickar till Huddinge sjukhus. Övriga landsting skickar framför allt till Uppsala.

RCC Stockholm-Gotland: Rekommendationen är införd.

RCC sydöst: Rekommendationen är införd.

Regionsjukvårdsledning och samverkansnämnd beslutade i början av 2017 att beslutet ska följas men kompletterade beslutet i slutet av 2017 med att förtydliga att Universitetssjukhuset i Linköping är den enhet till vilken koncentration ska ske.

RCC väst: Rekommendationen är införd.

I västra sjukvårdsregionen är nivåstrukturerad kirurgisk kurativt syftande behandling helt centraliserat till SU/Sahlgrenska sedan 2014. Arbetet har pågått sedan 2009. Sahlgrenska håller i regional MDK över videolänk varje vecka. Systemet är väl inarbetat och accepterat. Onkologisk behandling utföres på varje sjukhus respektive onkologiklinik, och preoperativ utredning samt kirurgisk eftervård utföres av respektive förvaltnings kirurgiklinik. Vi har väl inarbetat arbetsrutin enligt SVF. Flaskhalsar i nuläget är bemanning på radiologisk och patologisk avdelning SU/Sahlgrenska.

RCC syd: Rekommendationen är införd.

Se gemensamt svar under punkt 2. Blekinge anser att kapacitetsbrist med lång väntetid som följd föreligger vid SUS.

Sammanfattningsvis:

- Rekommendationen är införd i norra sjukvårdsregionen, Stockholm-Gotland, sydöstra, västra och södra sjukvårdsregionerna.
- Uppsala- Örebroregionen har inte infört rekommendationen.

4. Äggstockscancer

RCC norr: Rekommendationen är införd.

En diskussion kring sjukvårdsregional nivåstrukturering av äggstockscancer gjordes redan i samband med utarbetande av den första sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen. I nivåstruktureringsplanen för 2013–2015 konstaterades att optimal kirurgisk radikalitet vid den primära kirurgin är av största vikt för överlevnaden hos patienter med avancerad äggstockscancer och att utvalda fall av äggstockscancer som är betjänta av avancerad kirurgi skulle opereras vid ett centrum i regionen. Alla fall av äggstockscancer skulle bedömas enhetligt vid en regiongemensam MDK, men bara de största och mest komplexa ingreppen skulle centraliseras.

I den andra sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen för 2016–2018 konstaterades att endast en sjukvårdsenhet i regionen, kvinnokliniken vid Nus, uppfyller de kriterier som ska finnas vid ett högspecialiserat gynekologiskt centrum, enligt definitionen från den nationella sakkunniggruppen som utarbetade underlag avseende nivåstrukturering. Ett sjukvårdsregionalt beslut fattades att all kurativt syftande äggstockscancerkirurgi skulle centraliseras till Nus.

All kurativt syftande äggstockscancerkirurgi är nu centraliserad till Nus. Ökningen av antalet fall misstänkta äggstockscancerfall som behandlas på Nus har skett utan att ytterligare operationsresurser har tillskjutits. Detta har lett till en utträngningseffekt för samtliga diagnoser som inte haft malign valör. Trots detta har Nus inte kunnat erbjuda samtliga misstänkta äggstockscancerfall en operationstid inom rimlig tid, utan framförallt sommartid har vissa operationer behövt utföras i respektive hemlandsting. Det är stora svårigheter att upprätthålla de uppsatta SVF-målen med operation inom 9 dagar efter genomförd MDK. Om regionen ska uppnå de uppsatta målen krävs mer operationsresurser, framförallt tillgänglig salstid på operationsavdelningen, men även utbildning av fler subspecialiserade tumörkirurger behövs på sikt.

RCC Uppsala-Örebro: Rekommendationen är inte införd.

Enligt överenskommelse i sjukvårdsregionen skall fall med avancerad, konstaterad eller stark misstanke om carcinos/ascites opereras på Akademiska sjukhuset. Övriga fall skall opereras på Akademiska sjukhuset eller i Örebro.

Akademiska sjukhuset opererar nu flest patienter. Dalarna, Gävleborg och Örebro opererar ett fåtal egna patienter och remitterar de flesta till Akademiska sjukhuset. Karlstad opererar i stort sett Värmlands fall. Sörmland och Västmanland har avtal med Universitetssjukhuset i Linköping till och med 2019 och skickar sina patienter dit för kirurgi.

RCC Stockholm-Gotland: Rekommendationen är införd.

RCC sydöst: Rekommendationen är införd.

Regionsjukvårdsledning och samverkansnämnd beslutade i början av 2017 att beslutet ska följas men kompletterade beslutet i slutet av 2017 med att förtydliga att Universitetssjukhuset i Linköping är den enhet till vilken koncentration ska ske.

RCC väst: Rekommendationen är införd.

Västra sjukvårdsregionen har alltsedan 2011 haft en regional nivåstrukturering av äggstockscancer till SU. Alla fall av avancerad äggstockscancer föredras på regional multidisciplinär konferens (rMDK) som hålls varje vecka för diskussion om optimal primärbehandling. De kvinnor som rekommenderas extensiv kirurgi omhändertas och opereras på kvinnokliniken på SU och alla gynekologiska behandlingsplaner utförs av onkologiska kliniken på SU.

Tidiga stadier av äggstockscancer diagnostiseras som oftast som en överraskningsdiagnos och cirka 10-15% av alla äggstockscystor som opereras resulterar i en cancer eller borderlinetumör vilket gör att dessa operationer utförs på alla regionala sjukhus (Skaraborgs sjukhus i Skövde, Norra Älvsborgs sjukhus i Trollhättan, Södra Älvsborgs sjukhus i Borås, Norra Hallands sjukhus i Varberg samt på SU). När den mikroskopiska analysen efter operationen visar tidig äggstockscancer remitteras kvinnan till SU för föredragande på rMDK för beslut om behandlingsrekommendation. Om nationella riktlinjer rekommenderar kompletterande kirurgi med stadiindelade operation inkluderande pelvin och paraaortal lymfkörtelutrymning utförs dessa operationer på kvinnokliniken på SU.

Vid progress under pågående behandling remitteras patienten till gynekologin på SU för diskussion om fortsatt behandling. Vid recidiv remitteras alla patienter till SU för diskussion om lämplig recidivbehandling. All recidiv kirurgi diskuteras på rMDK och utförs på SU.

Vi har analyserat och studerat effekten av den regionala nivåstruktureringen och kunnat visa en signifikant förbättrad överlevnad efter nivåstruktureringen och publicerat våra resultat (Dahm et al, 2016 Gynecol Oncol). Detta arbete fortsätter som ett doktorandprojekt med att studera vår kohort och effekten av den regionala nivåstruktureringen (Palmqvist et al, Abstract IGCS 2018). Dahm-Kähler P, Palmqvist C, Staf C, Holmberg E, Johannesson L. Centralized primary care of advanced ovarian cancer improves complete cytoreduction and survival - A population-based cohort study. Gynecol Oncol. 2016 Aug;142(2):211-6.

RCC syd: Rekommendationen är delvis införd.

Sedan rekommendationer från RCC i samverkan lämnats, har södra sjukvårdsregionen nivåstrukturerat primärbehandling och recidivkirurgi av äggstockscancer till SUS. Onkologisk behandling av äggstockscancer är regionalt nivåstrukturerad till gynekologiska sektionen vid verksamhetsområde onkologi, SUS sedan många år. Södra sjukvårdsregionen beslöt 2016 i en regional överenskommelse att Kvinnokliniken i Karlskrona

skulle definieras som en ”nod” till SUS, men att behandling av misstänkt avancerad äggstockscancer skulle koncentreras till SUS. Växjö i Kronoberg samt Blekinge remitterar inte patienter med äggstockscancer för operation till SUS utan dessa patienter opereras på KK i Karlskrona. Under perioden januari tom mars 2018 remitterade KK Växjö tillfälligt patienter till Lund för operation (recidiv äggstockscancer 2 st. och primär äggstockscancer 3 st.).

Samtliga Skånes sjukhus samt Ljungby och Halmstad remitterar misstänkt avancerad äggstockscancer till SUS Lund. En regional MDK via videolänk äger rum varje vecka koordinerad från KK, SUS Lund. Alla södra sjukvårdsregionens kvinnokliniker deltar då de har patienter de vill diskutera. Förutom gynekologiska tumörkirurger deltar även specialister från bilddiagnostik, regionspatologer samt gynekologiska onkologer. Varje vecka bedöms totalt ca 10 fall med hänsyn till patologi och/eller bilddiagnostik. Remittenter får direkt besked vid konferensen om behandlingsrekommendation.

KK SUS Lund har kontorstid en jourtelefon för frågor om tumörkirurgiska fall. Två koordinatörer finns tillgängliga på telefon dagtid för remissärenden, patientinformation och anmälningar till regional MDK.

Omhändertagande på SUS har fungerat bra sånär som att det tidvis varit brist på operationsköterskor och/eller anestesisköterskor. 2018 opererades 53 % av patienterna som hade välgrundad misstanke (VGM) för äggstockscancer inom 24 dagar, jämfört med 35 % av patienterna 2017- en förbättring. I snitt var det 26 dagar från VGM till kirurgi 2018 jämfört med 2017 då det var 31 dagar. 57 % av patienterna har utfört sina diagnostiska undersökningar före första besöket hos tumörkirurg 2018, medan utfallet för 2017 var 53 % (stationärt). 85 patienter har anmälts till SVF förlopp under 2018. Av dessa har 77 % haft äggstockscancer jämfört med 2017 då 61 % hade cancer.

KK SUS Lund har från 2016-01-01 tom 2018-12-31 opererat 170 patienter med avancerad äggstockscancer (FIGO STADIUM III-IV) med kurativ intention.

Makroskopisk tumörfrihet vid primäroperationen har uppnåtts i >70%. Primär kirurgi bedrivs i 82 % av fallen, endast 18 % av patienterna får neoadjuvant kemoterapi. 2018 opererades 60 patienter med avancerad äggstockscancer (borderline tumörer, tidigare äggstockscancer, återfall av äggstockscancer ej inräknade).

Några oväntade konsekvenser eller påverkan på annan verksamhet i södra sjukvårdsregionen har inte konstaterats.

Enligt Region Blekinge har Södra Regionvårdsnämnden beslutat att gynekologisk cancer inklusive äggstockscancer skall opereras och progress- samt recidiv-behandlas vid två noder i regionen. Beslutet togs 160525. Man skriver att samarbetet går bra och man deltar i regional MDK. Av protokollet från Södra regionvårdsnämnden 160525 framgår dock att man ger stöd för att cytoreduktiv kirurgi vid avancerad äggstockscancer (stad III-IV) ska ske enbart på SUS medan övrig äggstockscancer inte nivåstruktureras.

Tabell för regional fördelning av operationer avancerad äggstockscancer (III-IV) år: Enhet för kirurgi uppdelat per år (Stadium III-IV) Före regional nivåstrukturering (2016) och efter nivåstrukturering(2017 och 2018)

SUS Lund	2016	41	63.1%
Blekingesjukhuset i Karlskrona	2016	21	32,3%
Länssjukhuset i Halmstad	2016	2	3.1%
Centralsjukhuset i Kristianstad	2016	1	1.5%

SUS Lund	2017	52	81,2%
Blekingesjukhuset i Karlskrona	2017	11	17,2%
Länssjukhuset i Halmstad	2017	1	1,6%
SUS Lund	2018	51	85%
Blekingesjukhuset i Karlskrona	2018	7	11.7%
Länssjukhuset i Halmstad	2018	2	3.3%

Källa: Nationellt kvalitetsregister för gynekologisk cancer

Sammanfattningsvis:

- Rekommendationen är införd i norra sjukvårdsregionen, Stockholm-Gotland, sydöstra och västra sjukvårdsregionerna.
- Södra sjukvårdsregionen har delvis infört rekommendationen men Blekinge och Kronoberg har en avvikande uppfattning om tolkningen av beslutet och följer inte sjukvårdsregionens beslut.
- Uppsala- Örebroregionen har inte infört rekommendationen.

5. Kirurgisk behandling vid njurcancer

RCC norr: Rekommendationen är delvis införd.

Kirurgisk behandling av komplicerad njurcancer med avancerade tumörer, såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ är centraliserat till kirurgcentrum vid Nus. För övrig kirurgisk behandling av njurcancer har norra sjukvårdsregionen beslutat att inte tillämpa rekommendationen, utan dessa behandlingar sker förutom vid Nus även vid samtliga tre länsjukhus. År 2017 opererades enligt kvalitetsregistret 29 patienter vid Nus och 17, 20 respektive 27 patienter på länsjukhusen.

I sjukvårdsregionen råder en samstämmighet om att inte tillämpa rekommendationen i sin helhet. Det grundar sig i en helhetsbedömning av effekterna på den urologiska sjukvården i sjukvårdsregionen vid en ytterligare centralisering. Det skulle försvåra en redan hårt ansträngd kompetensförsörjningssituation på länsjukhusen och därmed riskera negativa effekter på den urologiska akutsjukvården. Det är brist på urologer även vid Nus, som därmed inte har tillräckliga resurser för att handlägga norra sjukvårdsregionens samtliga nefrektomier. Redan i nuläget arbetar man hårt för att handlägga den faktiska och aktuella kösituationen.

Vid det senaste urologiska regionmötet i mars 2019 beslutades samstämmigt om följande åtgärder:

(a) Upprättandet av en fullvärdig njurtumör-MDK och att starta verksamheten innan sommarperioden 2019 inträder.

(b) Upprättandet av ett regionövergripande njurtumörsteam. Ett sådant team ska vara samordnat och samarbeta även vid kirurgi, så att sjukvårdsregionens njurcancerkirurger bereds möjligheter att operera tillsammans på de fyra olika lokaliseringarna.

RCC Uppsala-Örebro: Rekommendationen är delvis införd.

Kirurgi vid avancerad tumör skickas till Akademiska sjukhuset i enlighet med beslutet. För övrigt är rekommendationen inte genomförd. Att opererande sjukhus ska göra ≥ 50 per år har inte implementerats. Uppsala, Örebro, Karlstad och Västerås står tillsammans för 192/219 av de ingreppen. Övriga 25 operationer fördelas på fyra sjukhus: Falun, Gävle, Eskilstuna och Nyköping. Den njursparande kirurgin har utförts i samtliga landsting utom Dalarna. Uppsala, Örebro och Västerås gjorde 2017 65/80 ingrepp. Tretton ingrepp fördelades på Karlstad, Eskilstuna, Nyköping och Gävle.

RCC Stockholm-Gotland: Rekommendationen är inte införd.

Avseende njurcancer har nivåstruktureringen ännu inte genomförts. En regional utredning gjordes efter RCCs rekommendation under våren 2017 där förslaget var att avancerade njurtumörer ska opereras på en enhet och att njurcancerkirurgi i övrigt inom regionen endast skulle bedrivas vid 3

enheter. Detta innebar bla. att Region Gotland därmed skulle upphöra med njurcancerkirurgin. Idag görs avancerade operationer vid två sjukhus i regionen. Vidare opereras övrig njurcancer vid fler än 3 enheter där ett antal av dessa inte når minimivolymer på minst 50 ingrepp/år.

Bakomliggande orsaker till att regional nivåstrukturerings för njurcancer enligt RCCs rekommendation och regional utredning inte är implementerad (utan lagts på vänt), är den omfattande omstrukturering av hälso- och sjukvården i Stockholm som pågår, med införandet av en ny organisation på Karolinska, en därtill omfattande utflytt av vård till regionens övriga vårdgivare och flytt till Nya Karolinska Solna (NKS). Man har bedömt att verksamheterna i detta läge inte mäktade med ytterligare omstruktureringar. RCC S-G avser dock att under andra hälften av 2019 åter aktualisera frågan i regionen.

RCC sydöst: Rekommendationen är delvis införd.

Regionsjukvårdsledning och regionsjukvårdsnämnd har under 2017 beslutat att kirurgisk behandling av komplicerad njurcancer med avancerade tumörer, såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ ska koncentreras till en enhet, Universitetssjukhuset i Linköping samt att övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 30 operationer om året. Utförande enheter är Universitetssjukhuset i Linköping, Länssjukhuset Ryhov och Länssjukhuset i Kalmar.

RCC väst: Rekommendationen är delvis införd.

Den regionala nivåstrukturerings av kirurgisk behandling av avancerad njurcancer, såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ, i västra sjukvårdsregionen var redan införd före 2016 när rekommendation kom från RCC i Samverkan. Centralisering av dessa fåtal patienter är helt okontroversiell, fungerar friktionsfritt och ger försumbar påverkan på andra områden. Samarbetet mellan de regionala enheterna och SU är gott. Njurcancerprocessen utvecklas vid gemensamma möten med representanter från läkare och omvårdnadsgrupp.

Idag opereras njurcancer i västra sjukvårdsregionen vid 5 enheter: SU Göteborg, Uddevalla, Borås, Skövde och Varberg. Av dessa är det bara SU och Uddevalla som uppfyller kriterierna med 50 årliga operationer. I nuläget har vi i vårdprocessgruppen inga ambitioner att arbeta ytterligare i riktning att uppfylla rekommendationerna.

RCC syd: Rekommendationen är delvis införd.

Tumörtromb i vena cava remitteras till SUS.

RF-behandling remitteras till Helsingborg. Svårare fall har vidarebefordrats till Uppsala.

Tumörer med högre RENAL-score remitteras till SUS för bedömning om t.ex. mini-invasiv kirurgi eller njurresektion går att utföra eller ej. Bedöms detta ej vara möjligt har nefrektomi utförts på hemorten.

Ovanstående är resultatet av ett projekt avseende fördelningen av njurkirurgi mellan de olika sjukhusen i södra sjukvårdsregionen som pågår med följande mål:

Alla patienter i regionen ska kunna erbjudas samtliga behandlingsformer som finns tillgängliga för njurcancer, oberoende av bostadsort och huruvida behandlingen finns lokalt eller ej.

De kirurgiska ingrepp som utförs på de mindre sjukhusen ska ha samma kvalitet, lika låg komplikationsfrekvens och följa målen i nationella vårdprogrammet.

Njurkirurgi behöver upprätthållas på centrallasaretten för att kompetensen ska bibehållas, inte bara för den urologiska kirurgin i allmänhet utan även för att kunna bistå annan kirurgisk verksamhet som allmän kirurgi, gynekologisk kirurgi och traumakirurgi.

Gruppen regionala och lokala processledare från de sjukhus som idag bedriver njurkirurgi (SUS, Helsingborg, Växjö och Karlskrona) är nöjda med samarbetet och har i stort sett följt de planer och mål som gemensamt satts upp.

Det finns kompletta data tillgängliga i INCA från åren 2016-2017 inkl. registreringen av komplikationer på kirurgblanketten för njurcancer och från det första helåret för SVF Njurcancer.

Ett flertal urologer från regionen har arbetat kortare perioder på SUS för vidareutbildning, men detta utbyte bör definitivt förbättras och prioriteras högre av respektive huvudmän.

På grund av långa väntetider för benign njurkirurgi på SUS har ett flertal patienter skickats till bl.a. Växjö för operation.

Sammanfattningsvis:

- Rekommendationen avseende avancerad njurcancer är införd i norra sjukvårdsregionen, Uppsala-Örebro, sydöstra, södra och västra sjukvårdsregionerna.
- Stockholm –Gotland har inte infört rekommendationen avseende avancerad njurcancerkirurgi.
- Ingen sjukvårdsregion har infört rekommendationen om minst 50 ingrepp per år/enhet för övrig njurcancerkirurgi.

6. Kirurgisk behandling med cystektomi vid urinblåsecancer

RCC norr: Rekommendationen är inte införd.

Av de ca 240 patienter i regionen som årligen insjuknar i urinblåsecancer har totalt ca 40–50 personer behov av avancerad högspecialiserad kirurgi och eftervård i form av cystektomi och urinavledning. Denna kirurgi utfördes redan innan 2016 inom ramen för ett gemensamt regionalt cystektomiteam, där cystektomierna utfördes vid Nus (ca 30–35/år) och i Sundsvall (ca 10/år). I Sundsvall opererades i första hand patienter från Västernorrland.

I den sjukvårdsregionala nivåstruktureringsplanen för 2016–2018 konstaterades att cystektomier hade utretts avseende nationell nivåstrukturering och att ett remissförslag lagts om att ingreppet ska utföras vid en vårdenhet i varje sjukvårdsregion. Sjukvårdsregionens beslut var att stödja remissförslaget, med förbehållet att verksamheten som bedrevs av det etablerade regionala cystektomiteamet skulle ses som en regiongemensam vårdenhet. Det innebar att ingen förändring av regionens cystektomiverksamhet var aktuell.

Det sjukvårdsregiongemensamma cystektomiteamet bedriver fortsatt en gemensam verksamhet. Nyckelkompetens finns vid både Nus och i Sundsvall, vissa specialister är verksamma på båda orterna och patienterna diskuteras en gång per vecka på den sjukvårdsregionala MDK:n. Teammedlemmarna från de två orterna opererar ihop vid 4–6 tillfällen årligen. Teamet är väl sammansatt och operationerna fördelas endast på några få operatörer i regionen med en tydlig successionsordning, för att bibehålla hög kompetens och spetskunskap.

Verksamheten fungerar väl och inga förändringar av nuvarande organisation planeras. Norra sjukvårdsregionen avviker enligt kvalitetsregistret inte från övriga landet vad gäller komplikationer. Kompetensförsörjningssituationen för urologin i norra sjukvårdsregionen, som beskrivs ovan, gör det nödvändigt att nyttja de samlade resurserna i optimalt, vilket nuvarande modell bedöms göra.

RCC Uppsala-Örebro: Rekommendationen är inte införd.

Sjukvårdsregionen har beslutat att verksamheten ska ske både i Uppsala och Örebro. Detta är i huvudsak genomfört. Regionens cystektomier är jämt fördelade mellan Akademiska Sjukhuset och Universitetssjukhuset Örebro. Sörmland har skickat enstaka patienter till Karolinska Universitetssjukhuset.

RCC Stockholm-Gotland: Rekommendationen är införd.

RCC sydöst: Rekommendationen är införd.

Regionsjukvårdsledning och samverkansnämnd beslutade under 2017 att cystektomier ska koncentreras till Universitetssjukhuset i Linköping.

RCC väst: Rekommendationen är inte införd.

Västra Götaland har koncentrerat till SU medan Halland opererar i Varberg(ca 8 cystektomier per år).

RCC syd: Rekommendationen är inte införd.

Södra sjukvårdsregionen har genom Sydsvenska Urotelial Cancer Gruppen genomfört regional nivåstrukturering f o m 2017-01-01. Dock har cystektomienheten SUS/Helsingborg betraktats som en enhet, även om kirurgin utförts på två sjukhus(detta har gällt sedan 2013) . Införandet sammanfaller med längre ledtider till cystektomi i hela landet, sämst i Södra sjukvårdsregionen. Införandet har accentuerat kapacitetsbristen för övrig urotelial cancer på SUS. Inga data har rapporterats i INCA sedan våren 2018 från SUS p.g.a. kapacitetsbrist och svårigheter att övertyga om vikten av regelbunden kvalitetsregisterinmatning för att kunna monitorera ledtider i realtid.

Källa INCA online 190405 <http://www.ocsyd.se/kvalitetsdata/webrapport/>

Sjukhus	År	Andel Cx inom 37 dagar	Median (dagar)	IQR	Antal
SUS	2019	n/a	n/a	n/a	n/a
	2018	0 %	187	141-214	34
	2017	0 %	159	125-169	13
	2016	0 %	96	70-127	33
	2015	0 %	84	77-116	25
	2014	0 %	107	79-119	25
	2013	4 %	117	94-141	26
RIKET	2019	n/a	n/a	n/a	n/a
	2018	1 %	146	105-187	135
	2017	0 %	130	89-162	142
	2016	5 %	84	58-121	188
	2015	3 %	89	66-117	177
	2014	3 %	91	70-119	191
	2013	5 %	102	79-151	188

Blekinge anger att patienter med invasiv blåscancer har på grund av kapacitetsbrist vid SUS drabbats av en alldeles för lång väntetid jämfört med då kirurgin utfördes i Blekinge vilket bedöms ha gett ett sämre behandlingsresultat.

Sammanfattningsvis:

- Rekommendationen är införd i sydöstra sjukvårdsregionen samt i Stockholm – Gotlands sjukvårdsregion.
- Rekommendationen är inte införd i Uppsala-Örebro, norra, södra och västra sjukvårdsregionerna.

Denna rapport har sammanställts av Gunilla Gunnarsson och fastställts av Regionala Cancercentrum i samverkan 190625.

Frågor kan ställas till gunilla.gunnarsson@skl.se