

## **Remissvar angående nationell nivåstruktureringsplanering av behandling av analcancer, norra sjukvårdsregionen.**

### **1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.**

Vi stöder arbetsgruppens förslag om att behandlingen av analcancer ska koncentreras till färre enheter i landet som därmed får större patientunderlag.

Beträffande den onkologiska behandlingen bedömer vi dock att den föreslagna koncentrationen till fyra enheter är alltför hård och vill istället föreslå behandling vid fem eller sex sjukhus i landet. Anledningen är att behandlingarna är långvariga, oftast flera veckor, och att en stor del av patientgruppen är åldrad och i behov av stöd i olika former under och runt behandlingen. Vid koncentration till alltför få enheter finns risk för att vissa patienter kommer att avstå rekommenderad behandling p.g.a. för långa resvägar och lång vistelsetid långt från hemmet. Dessutom är kemoradioterapi efter initial dosplanering relativt schablonmässig. Det bör observeras att liggande förslag skiljer sig avsevärt från all övrig pågående nivåstruktureringsplanering som endast avser kirurgisk behandling som ju vanligen endast innefattar ett enstaka, kortare, vårdtillfälle. Behandlingsupplägg bör alltid diskuteras vid regional multidisciplinär konferens och vid behov på nationell MDK. Med nationell MDK och planering av kemoradioterapi kan korrekt behandling med samma precision ges vid fler än fyra nationella centra. Det främsta motivet till en centralisering av kemoradioterapi till färre enheter än ett per region är en mer samlad kompetens för hantering av biverkningar.

Däremot instämmer vi i förslaget om koncentration av ”salvage”-kirurgin till två enheter i landet. Det förhållandevis ringa antalet patienter som kommer i fråga för operation och de speciella hänsyn som måste tas vid operation i starkt strålpåverkat fält, samarbete med specialiserad plastikkirurgi etc., är starka motiv för detta. De två enheter som blir centrum för ”salvage-kirurgi” bör även vara centrum för den onkologiska behandlingen.

På sikt kan protonstrålning vid Skandionkliniken bli aktuellt för denna patientkategori.

### **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?**

Cancercentrum vid Norrlands Universitetssjukhus avser ansöka om att bli en av enheterna som får nationellt vårdansvar för kemoradioterapi vid analcancer. Denna ansökan stöds enhälligt av sjukvårdsregionens alla landsting/region. Detta skulle innebära oförändrade remissvägar för norra regionens patienter.

### **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.**

Kirurgcentrum NUS kommer inte att ansöka om att bli en av de två enheterna för kirurgi. Vi har för närvarande inga synpunkter på var sådan verksamhet bäst förläggs utan detta bör beslutas efter ett ansökningsförfarande mellan konkurrerande kliniker.

**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.**

Se ansökan från Västerbottens läns landsting.

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

Norra regionen har som särdrag en förhållandevis liten befolkning utspridd på en yta motsvarande mer än halva Sverige. Den aktuella patientgruppen består till relativt stor del av äldre och ibland multisjuka patienter och dessa har kunnat behandlas inom regionen via upparbetade remiss- och kontaktvägar, ibland med olika former av stöd och ibland ineliggande vård och det har varit lätt för anhöriga att vid behov följa med. Om den onkologiska behandlingen vid NUS läggs ned och enda alternativet blir långvarig behandling vid något av södra Sveriges storsjukhus torde risken vara stor för att en andel av patienterna inte behandlas alls eller underbehandlas. Det finns även risk för negativa psykosociala konsekvenser av längre tids vård långt hemifrån för de som remitteras.

Antalet patienter som kommer i fråga för kirurgi är mycket litet, en till två patienter per år från regionen.

**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?**

Se ansökan från Västerbottens läns landsting.

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

En rimlig koncentration av behandlingen av analcancer är nödvändig för god sjukvårds-kvalitet, forskning och utveckling i enlighet med sakkunniggruppens utlåtande. Men om nivåstruktureringsarbetet går till överdrift befarar vi att det finns risk för att det bästa blir det godas fiende och t o m försämrar förutsättningarna för delar av patientgruppen. Se punkt 5.