

## **Remissvar angående nationell nivåstrukturering av behandling av vulvacancer, norra sjukvårdsregionen.**

### **Remissförslag**

Med stöd av en enig sakkunniggrupp 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 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.**

### **Remissvar Vulvacancer**

#### **1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?**

Ja, utifrån antalet patienter som kommer att fördelas mellan antalet centra.

#### **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?**

Nej.

#### **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.**

Stockholm eller Uppsala med tanke på reseförbindelser.

#### **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?**

##### **A. Kostnader:**

Kostnadsökningar bör beräknas då regionvård upphör och ersätts av rikssjukvård. Detta gäller såväl vårdinsatsen som resor och boende.

##### **B. Nya kommunikationsvägar:**

Kommunikationsvägarna kommer att påverkas från ett etablerat kontaktnät i regionen för samtliga patienter med gynecancerdiagnos till att diagnosgruppen vulvacancer kommer att lyftas ut. Detta kommer att ställa högre krav på framförallt kontaktsjuksköterskefunktionen så att överlämningen av patienten mellan vårdgivare sker på ett för patienten fördelaktigt sätt. En nationell MDK kommer att etableras. Detta kräver att alla sjukhus i regionen har adekvat utrustning för att delta samt att logistik fungerar.

C. Nya resvägar:

Patienter med vulvacancer kan inte alltid sitta. Detta gäller både preoperativt, postoperativt och vid strålbehandling. De kan också ibland ha särskilda behov av snabb tillgång till toalett framförallt i slutet av och efter genomförd strålbehandling beroende på en retning på tarmslemhinnan. Detta kommer att ställa krav på individualiserad reseservice. Varje huvudman i regionen måste upprätta en plan för detta.

D. Kompetens:

När behandlingen flyttas från regionen kommer också kompetensen att succesivt försvinna. Det är viktigt att tillse att kompetens för att behandla komplikationer efter behandlingar och kompetens för det palliativa skedet finns kvar i patientens närområde. Fortlöpande utbildning i samarbete med det nationella centrat vore önskvärt, gärna videounderstött med tanke på avstånden.

E. Undantag:

Enstaka patienter i diagnosgruppen kommer pga mycket hög ålder eller påverkat allmänmedicinskt tillstånd inte vara i fysisk kondition att remitteras till ett center. I dessa fall kommer palliativ vård att ges via respektive hemortssjukhus, så som redan idag sker.

**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?**

Respektive sjukhus som remitterar till behandlande centrum ska hålla ihop vårdprocessen. Detta bör ske via kontaktsjuksköterska. Varje vårdgivare måste se över att denna funktion finns och att tillse att adekvat utbildning ges. Kontroller och eftervård kommer att ske på respektive sjukhus, så som redan idag sker.

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

Avståndet och transportmöjligheten till det behandlande centrat kommer att vara den största praktiska konsekvensen. Vid strålbehandling kommer patienten att vistas hemifrån en längre tid. Det vore därför av värde om det aktuella centrat kunde erbjuda strålbehandling även under helger. Detta förkortar patientens frånvaro från hemmet. Det ger även en medicinsk sett effektivare behandling. Om närstående beredes möjlighet att vara med under behandlingen skulle detta vara en resurs för såväl sjukvården som för patienten.