

2015-10-30

SVN 2015-19

*Gunilla Gunnarsson, ordf. RCC i Samverkan
Sveriges kommuner och landsting
118 82 Stockholm*

**Sydöstra sjukvårdsregionens remissvar avseende nationell nivå-
strukturering av sju åtgärder inom cancervården**

Analcancer

Övergripande synpunkter på RCC i Samverkans arbete med nivåstrukturering

Nivåstrukturering innebär arbetsfördelning

Sydöstra sjukvårdsregionen ställer sig positiv till att RCC i Samverkan har påbörjat ett arbete avseende nationell nivåstrukturering. Sydöstra sjukvårdsregionen förordar dock en mer samlad process i vilken ett flertal diagnoser nivåstruktureras samtidigt, vilket utvecklas nedan. Detta skulle öppna för att tala om *arbetsfördelning* snarare än nivåstrukturering. Vid en arbetsfördelning flyttas komplexa ingrepp där den totala volymen i landet är liten till ett mindre antal enheter, samtidigt som dessa enheter i vissa fall kan behöva lämna ifrån sig enklare ingrepp till andra enheter. Medan nivåstrukturering ofta uppfattas som en enkelriktad process, skall arbetsfördelning förstås som en process i två riktningar.

Sydöstra sjukvårdsregionen anser att begreppet arbetsfördelning fortsättningsvis bör användas i diskussioner som avser det som hittills benämnts nivåstrukturering. Eftersom remissen och remissfrågorna använt begreppet nivåstrukturering används dock detta i den text som följer.

Behandlingsfrekvens spelar roll vid nivåstrukturering

Sjukvårdsregionens utgångspunkt är att patientens bästa bör vara vägledande i allt arbete med nivåstrukturering. Det är dock inte alltid enkelt att avgöra vad patientens bästa innebär. Sjukvårdsregionen anser att argumenten för en nationell nivåstrukturering generellt sett är som starkast för planerade åtgärder av engångskaraktär. En förutsättning är dock att argumenten och eviden-

sen för att en ökad volym leder till bättre utfall vid den aktuella åtgärden är övertygande. I sådana fall framstår sannolikt förlängd restid som underordnat för de flesta patienter. Det är rimligen mindre tydligt hur patienter värderar uppgifter om påstått högre kvalitet i vårdutfall gentemot restid vid åtgärder som kräver upprepade besök under en längre tidsperiod, såsom exempelvis strålbehandling. Sjukvårdsregionen anser följaktligen att argumenten för en nivåstrukturerings till färre än sex sjukhus (ett sjukhus per sjukvårdsregion), av åtgärder som kräver upprepade besök, är svagare.

Nivåstrukturerings påverkar hela sjukvårdssystemet

När beslut om nationell nivåstrukturerings för en diagnos fattas kan inte en förväntad kvalitet i vårdutfallet för den enskilda aktuella diagnosen vara den enda vägledande parametern. Nivåstrukturerings bredare effekter på sjukvårdssystemet i stort måste också beaktas. Det viktigaste måste vara att säkerställa en hög kvalitet för *både* patienter som drabbas av diagnoser där åtgärder ska nivåstruktureras, och patienter som drabbas av *andra* diagnoser. En hög kvalitet måste säkerställas för båda dessa patientgrupper såväl i dagsläget som i framtiden. Innan beslut med potentiellt stora konsekvenser för ett helt sjukvårdssystem fattas, bör därför tydliga kvalitetskrav definieras och den medicinska kvaliteten följas upp noggrant utifrån tillgängliga data. Detta är viktigt då förutsättningar att utveckla och behålla en hög kvalitet varierar över tid för sjukhus i landet. Innan, eller omedelbart i samband med att beslut om nivåstrukturerings fattas, behöver det också inrättas en mekanism för att kontinuerligt följa de medicinska resultaten för de åtgärder som har nivåstrukturats så att tidigare beslut kan omprövas om den medicinska kvaliteten inte håller önskvärd nivå.

Innan beslut om nivåstrukturerings fattas, måste nivåstrukturerings effekter på *hela* sjukvårdssystemet beaktas. Frågor om huruvida nivåstrukturerings av ett visst ingrepp leder till minskad kompetens för omhändertagande av andra tillstånd, exempelvis i akuta situationer eller under jourtid, bör besvaras i utredningar om nivåstrukturerings och vägas in i de beslut som fattas.

Ett aktuellt exempel rör förslaget om nivåstrukturerings av kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer (nedan benämnt esofagus- och cardiacancerkirurgi). Även om antalet kurativt syftande operationer i Sverige kan förefalla litet, så finns, i varje sjukvårdsregion, en mycket större närliggande verksamhet vid sidan av själva cancerkirurgin. Sådan verksamhet inkluderar bedömning och omhändertagandet av akuta och benigna tillstånd i esofagus och ventrikel, komplikationer, samt frågeställningar överlappande med ÖNH-kirurgi och thoraxkirurgi. Komplexiteten av esofagus-skador, esofagusperforationer, komplikationer, samt benigna tillstånd kräver samma kompetens som den verksamhet som valts ut för nivåstrukturerings, d.v.s. esofagus- och cardiacancerkirurgin. (Årligen behandlas vid US Linköping cirka 40-50 patienter akut p.g.a. esofagusperforationer och andra benigna tillstånd som kirurgtekniskt skiljer sig marginellt från cancerkirurgi.) En nivåstrukturerings av nämnda cancerkirurgi till färre än 6 centra skulle därmed leda till en kompetensförlust inom ett mycket större område

än det som remissen om nivåstrukturering avser i de sjukvårdsregioner som blir utan nationell vårdenhet.

Nivåstrukturering bör göras samlat och inte en diagnos i taget

En nivåstrukturering som i huvudsak rör kirurgiska ingrepp innebär inte att patienterna ifråga helt försvinner från de sjukhus som inte får i uppdrag att utföra ingreppen. Det är viktigt att upprätthålla kompetens gentemot patientgruppen då behov av eftervård och rehabilitering på hemmasjukhuset kommer att kvarstå. För att kunna upprätthålla en sådan kompetens krävs framförhållning. En sådan framförhållning kan endast uppnås om de olika sjukhusens framtida uppdrag klargörs och inte löpande utsätts för osäkerheter i form av successiv nivåstrukturering som sker en diagnos i taget utan hänsyn till en helhetsbild. Sjukvårdsregionen anser att nivåstrukturering bör ske samlat för ett stort antal diagnoser och inte i delar då det totala slutresultatet av en sådan process blir svåröverskådligt för inblandade aktörer.

Sjukvårdsregionernas roll

I dagsläget finns sex sjukvårdsregioner. Under lång tid har en rad strukturer i sjukvården byggts med dessa sex sjukvårdsregioner i åtanke, bland annat Regionala Cancercentrum, Regionala Registercentrum och Regionala Centrum för Sällsynta Diagnoser. Mot bakgrund av detta kan nyttan med mindre omfattande nivåstruktureringar som leder till att åtgärder ska utföras på 4-5 enheter ifrågasättas. Om fördelen består i ökad volym per enhet, noteras att den ökade volym per enhet som vinnas genom minskning från 6 enheter till 4-5 enheter i många fall sannolikt är blygsam. Att i ett första steg nivåstrukturera ingrepp till antingen 6 enheter (en i varje sjukvårdsregion) eller till 1-3 enheter i de fall där det totala antalet volymer i landet är mycket litet, förefaller mest rimligt.

Remissförslaget från RCC i samverkan:

RCC i samverkan föreslår 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.

Svar på RCC i samverkans frågor:

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

Sjukvårdsregionen föreslår att onkologisk behandling av analcancer bedrivs i landets samtliga sex sjukvårdsregioner, men bara på en enhet per sjukvårdsregion. Motiveringen till detta förslag är att sjukvårdsregionerna har väl utarbetade kommunikationsvägar, vilket gagnar patientens väg in i den onkologiska behandlingen. Både radioterapi och medicinsk onkologi bör kunna upprätthållas med volymer under 20 nya fall per år förutsatt att nationella vårdprogram garanterar en nationellt lika behandling. Det som är svårt är kontrollerna, som är täta under de två första åren och därmed blir erfarenheten stor även på lägre volymer.

Avseende kirurgisk behandling stödjer sjukvårdsregionen två centra i Sverige.

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?

Ja, Region Östergötland har intresse av att åta sig ett nationellt vårdansvar. Universitetssjukhuset i Linköping har påbörjat en utveckling av ett centrum för behandling av bäckentumörer (gynekologi, urologi, kirurgi, onkologi samt plastikkirurgi i samverkan) i ett multidisciplinärt och multiprofessionellt arbetssätt. Detta gör att analcancerbehandling skulle passa väl in.

Analcancerbehandling är redan idag centraliserad till Universitetssjukhuset i Linköping för alla patienter med denna diagnos i sydöstra sjukvårdsregionen. Övriga landsting/regioner i sydöstra sjukvårdsregionen ställer sig bakom Region Östergötlands ansökan om att åta sig ett nationellt vårdansvar.

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.

Frågan är inte aktuell då Region Östergötland avser att ansöka.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 2.

Ansökan enligt bilagd mall finns i bilaga 2, *Ansökan från US Linköping om att bli nationell vårdenhet för vård av analcancer.*

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

Eftersom patientvolymerna vid analcancer är små, så skulle det få begränsad effekt för sjukvårdshuvudmännen vid förskjutning av patientflödet. Universitetssjukhuset i Linköping har dock satsat resurser på att utveckla ett multidisciplinärt arbetssätt både för bedömning och kirurgi vid analcancer. Detta bedömer sjukvårdsregionen vara en bra grund att bygga vidare på.

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?

Vårdprocessen startar vid misstanke om analcancer och utreds med hjälp av den logistiska kompetens som har utvecklats i Region Östergötland för att utreda cancerpatienter (utredningsenhet samt logistik för standardiserade vårdförlopp, SVF). Utredning innefattar radiologi o px enligt vårdprogram. Kontaktsjuksköterska utses, som kontaktar patient o kallar till sambedömning onkolog/kirurg. Cancerrehabilitering (fertilitet, palliation, psykologiskt omhändertagande etc) samt symptomlindring beaktas här. Därefter bedömning i nationell MDK, varefter onkolog med kontaktsjuksköterska lägger upp en behandlingsplan med patient och ger tid till behandlingsstart eller ombesörjer kontakt för palliation. Nationell MDK bör också kunna beakta eventuella ojämlika väntetider och hänvisa alternativa behandlingsenheter. Vid biverkning av onkologisk behandling och eventuell kirurgi ombesörjer kontaktsjuksköterska kontakt med regional cancerrehabiliteringskompetens som är under uppbyggnad i sydöstra sjukvårdsregionen.

Om behov av salvagesurgery föreligger, så identifieras detta vid avslutad radioterapi eller planerade kontroller (enligt vårdprogram). Som remissinstans (4 enheter enligt förslag), planeras kontroll 2 år för utomregionspatienter och 5 år (enligt tidigare arbetssätt) för patienter från sydöstra sjukvårdsregionen.

Om sydöstra sjukvårdsregionen inte får nationellt vårdansvar för analcancerbehandling bedömer vi att det är bäst att närmaste onkologiklinik ansvarar för ingången till nationell MDK och träffar patienten efter att remissinstansen har avslutat kontrollperioden (enligt preliminärförslag 2 år).

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

Centralisering ger sannolikt en mera enhetligt utformad och jämlik vård med hög kvalitet medan nackdelen är långa resor och vistelse på annan ort under en knappt 7 veckor lång (7 veckor, 5 dagar per vecka) strålbehandling.

Observera att Region Östergötlands ansökan om att bli nationell vårdenhet återfinns i separat dokument benämnt *Bilaga 2: Ansökan från US Linköping om att bli nationell vårdenhet för vård av analcancer*

Linköping 2015-10-30

För Sydöstra sjukvårdsregionen,

Mats Johansson

Ordförande, Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen