

2015-10-30

SVN 2015-19

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

Sydöstra sjukvårdsregionens remissvar avseende nationell nivåstrukturering av sju åtgärder inom cancervården

Buksarkom

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 nivåstrukturerats 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 vinnns 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:

- De fem regionala centrum för diagnostik och behandling av sarkom som idag finns behålls med tydliga riktlinjer för regional samverkan och ansvarsfördelning inom regionen. Vid ett komplett regionalt sarkomcentrum finns tillgång till definierade kompetenser i enlighet med sakkunniggruppernas förslag. Dessa enheter har ansvar för all diagnostik och behandling som utförs inom den egna regionen och ansvarar för regional MDK.
- Det regionala sarkomcentrumet i Stockholm ansvarar även för delar av den kirurgiska behandlingen för patienter från Uppsala- Örebroregionen. Denna samverkan ska vara baserad på tydliga överenskommelser om ansvar och rutiner för samverkan.
- För samverkan inom Uppsala-Örebroregionen upprättas en sammanhållen regional organisation för de kirurgiska och/eller onkologiska behandlingar som sker inom regionen.
- Högst tre av de fem regionala enheterna föreslås för ett nationellt uppdrag utöver det regionala uppdraget.

- Ett nationellt uppdrag avseende buksarkom innebär att vårdenheten erbjuder avancerad diagnostik och behandling där det med hänsyn till volym och/eller komplexitet finns behov av koncentration till färre enheter än fem. Detta gäller kirurgisk behandling av RPS, non-GIST buksarkom samt GIST i enlighet med 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.
- De nationella vårdenheterna bör, med hänsyn till den låga förekomsten av vissa diagnoser och behandlingar, vara profilerade inom olika områden.
- En nationell MDK införs vid definierade situationer, ansvaret för nationell MDK har de nationella vårdenheterna.

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 stödjer förslaget att alla rena retroperitoneala sarkom centraliseras.

Beslut om remittering av intraperitoneala sarkom samt GIST bör ligga på det regionala sarkomcentret. Expertgruppen var inte enig rörande intraperitoneala sarkom. Sjukvårdsregionen stödjer den linje där beslut om remittering av patienter beslutas av det regionala centret.

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. De kirurgiska och ortopediska klinikerna på Universitetssjukhuset i Linköping, Region Östergötland, avser att ansöka om att bli nationell vårdenhet. Ansökan gäller för RPS (retroperitoneala sarkom), buksarkom, alla mjukdelssarkom i extrimiteter, hals, bröst och ländrygg (alla mjukdelssarkom i övrigt).

Ja, sjukvårdsregionens ingående landsting avser att remittera patienter till den aktuella vårdenheten.

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 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.

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

Konsekvensen blir att ett större antal patienter behöver resa utanför sjukvårdsregionen för kirurgisk kurativ behandling, men också vid behandling av recidiv. Nya rutiner måste utvecklas mot eventuellt centrum som skall ta över verksamheten. Antalet patienter som kommer att hamna inom denna nivåstrukturering är svårt att värdera i nuläget. I enlighet med skrivningen från expertgruppen skall de rena retroperitoneala sarkomen skickas medan beslut om de övriga fattas av det regionala sarkomcentret. I detta fall kan det röra sig om 5-10 patienter/år. Dock finns det tumörtyper som liknar sarkom, varför det här kan bli oklarheter och kanske patienter som reser i onödan.

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?

Om US Linköping blir nationell vårdenhet:

Vi har idag för vår sjukvårdsregion stabila utvecklade rutiner för allt detta. En utvidgning skulle innebära att vi skapar samma kontaktvägar för dessa patienter som då kommer från andra regionala sarkomcentra. Förutom nedanstående kortfattade beskrivning finns en mer detaljerad sådan i ansökan.

Kortfattad beskrivning:

Radiologisk utredning och beslut om remittering kommer att ske vid de övriga regionala centra. Vi kommer ha en öppen telemedicinsk konferens varje vecka där alla patienter tas upp. Vid remiss till oss kommer vi sätta upp patienten på denna konferens och meddela remittenten. Bilder förevisas av radiolog från antingen det remitterande sjukhuset eller US Linköping sarkomcenter. Vi kommer sedan gemensamt enas om ytterligare utredning krävs samt var patienten skall opereras om så är fallet. Vi kommer också gemensamt besluta om eventuell preoperativ onkologisk behandling eller palliativ dito.

Om onkologisk behandling behövs, kommer den att ges i hemortsregionen. Så snart remiss anländer kommer patient och remittent kontaktas vilket görs idag. Detta 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 vanligen 4 dagar och återgår därefter till hemortssjukhuset. Uppföljning sker vid PAD-svar, antingen vid hemregionens sarkomcenter eller hos oss beroende på patientens vilja. Ny konferens sker vid PAD-svar om diagnosen motiverar tilläggsbehandling.

Om US Linköping inte blir nationell vårdenhet:

Som ovan men vi är istället remittent.

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

Sjukvårdsregionen ser en bruten behandlingskedja där den onkologiska behandlingen ges av ett centra och operation vid ett annat. I de fall där patienten skall ha onkologisk behandling innan kirurgi är detta extra olyckligt. Om patienten har sin hemvist utanför sarkomcentret så blir 3 vårdgivare involverade. Risken är att de nya vårdkedjorna som måste byggas upp, i alla fall initialt, inte är lika säkra som de vi har vid sarkomcentra idag. Det kan bli oklarheter för patienterna rörande vem som är ansvarig för vad, och var de ska söka vid en viss komplikation/problem.

Observera att Region Östergötlands ansökan om att bli nationell vårdenhet återfinns i ett separat dokument benämnt *Bilaga 2: Ansökan från US Linköping om att bli nationell vårdenhet för behandling av alla buk- och mjukdelssarkom (extremiteter, bröst, hals och ländrygg)*

Linköping 2015-10-30

För Sydöstra sjukvårdsregionen,

Mats Johansson

Ordförande, Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen