

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**

Isolerad hyperterm perfusion

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 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:

- Behandling av isolerad hyperterm perfusion ges vid en enhet i landet.
- Verksamheten vid den nationella vårdenheten 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 m.m.
- Verksamheten vid den nationella vårdenheten ska etablera samverkan med någon eller några av övriga nordiska enheter.
- Nationell MDK ska övervägas 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.

Ja, sjukvårdsregionen stödjer förslaget att behandlingen ska ges vid en enhet i landet.

Nuläget i Sverige är att behandling med isolerad hyperterm perfusion sker vid en enhet, transplantationskirurgiska enheten på Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg. Denna är mycket välfungerande och uppfyller alla önskade krav. Ungefär 40 patienter per år behandlas på enheten.

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. Ingen sjukvårdshuvudman i sjukvårdsregionen är intresserad av att åta sig 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.

I nuläget remitteras patienter från Sydöstra sjukvårdsregionen till Sahlgrenska sjukhuset för denna behandling. Varken på länssjukhusen eller Universitetssjukhuset i Linköping ges denna behandling och det är inte heller aktuellt att börja med denna behandling i vår region.

Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer nuvarande nivåstrukturering med en nationell enhet lokaliserad på Sahlgrenska sjukhuset.

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

Detta är inte aktuellt.

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

Det nationella vårduppdraget ligger redan i en annan sjukvårdsregion. Så länge det blir Sahlgrenska som får uppdraget blir det inga konsekvenser för huvudmännens verksamheter då läget jämfört med idag skulle vara oförändrat.

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 skulle hållas ihop på samma sätt som i dagsläget.

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

Redan idag finns en nationell koncentration av insatsen.

Övriga synpunkter

En motsvarighet till en nationell MDK finns idag.

Linköping 2015-10-30

För Sydöstra sjukvårdsregionen,

Mats Johansson

Ordförande, Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen