

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**

## **Kurativt syftande kirurgi vid mat- strups- och övre magmunscancer**

---

### **Övergripande synpunkter på RCC i Samverkans arbete med ni- våstrukturering**

#### **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 benämns 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 åtgär-

der av engångskaraktär. En förutsättning är dock att argumenten och evidensen 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 nivåstrukturering till färre än sex sjukhus (ett sjukhus per sjukvårdsregion), av åtgärder som kräver upprepade besök, är svagare.

### **Nivåstrukturering påverkar hela sjukvårdssystemet**

När beslut om nationell nivåstrukturering för en diagnos fattas kan inte en förväntad kvalitet i vårdutfallet för den enskilda aktuella diagnosen vara den enda vägledande parametern. Nivåstruktureringens 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 nivåstrukturering 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 nivåstrukturering fattas, måste nivåstruktureringens effekter på *hela* sjukvårdssystemet beaktas. Frågor om huruvida nivåstrukturering 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 nivåstrukturering och vägas in i de beslut som fattas.

Ett aktuellt exempel rör förslaget om nivåstrukturering 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 esofagusskador, esofagusperforationer, komplikationer, samt benigna tillstånd kräver samma kompetens som den verksamhet som valts ut för nivåstrukturering, 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 nivåstrukturering 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:**

- Kurativt syftande kirurgi utförs vid 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 ska finnas.
- 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.**

Nej, Sydöstra sjukvårdsregionen stödjer inte förslaget.

Sydöstra sjukvårdsregionen anser att kurativt syftande kirurgi ska genomföras i varje av RCC definierad sjukvårdsregion (d.v.s. i dagens sex sjukvårdsregioner) vid ett universitetssjukhus. Detta skulle således resultera i att åtgärderna utförs vid sex centra.

Även om antalet kurativt syftande operationer för esofagus- och ventrikeltumor förefaller litet i Sverige så finns en mycket större verksamhet i varje region bakom enbart cancerkirurgin som inkluderar även bedömning och omhändertagandet av akuta och benigna tillstånd i esofagus och ventrikel, komplikationer samt frågeställningar överlappande med ÖNH-kirurgi och thoraxkirurgi. Komplexiteten av esofagus- och perforationer, komplikationer samt benigna tillstånd kräver samma kompetens som esofagus- och cardiacancerkirurgi. Årligen behandlas cirka 40-50 patienter akut på US Linköping p.g.a. esofagusperforationer och andra benigna tillstånd där det kirurgtekniskt skiljer sig marginellt från cancerkirurgi. Den totala volymen skulle på US Linköping därmed bli cirka 80 patienter per år för typoperationen då både cancer och benigna tillstånd sammanräknas. En extrem centralisering av cancerkirurgin skulle därmed leda till en kompetensförlust inom ett mycket större område än ansökan handlar om.

Sydöstra sjukvårdsregionen noterar att Socialstyrelsens enhet för rikssjukvård vid möte med universitetssjukhusens representanter den 6 oktober 2015, i det underlag som distribuerades i samband med mötet, föreslagit att *”Esofagusperforationer avskrivs som separat rikssjukvårdsområde, men esofaguskirurgi/esofaguscancerkirurgi (där esofagusperforationer ingår) bör utredas/diskuteras som rikssjukvård i samverkan med RCC.”* Detta styrker ytterligare sjukvårdsregionens uppfattning att man måste se hela patientgruppen som en entitet och beräkna resursbehov utifrån detta.

Sjukvårdsregionen noterar vidare att sakkunniggruppen som utrett frågan om RCC i Samverkan inte kunde enas om antalet nationella centra. En studie som ofta hänvisats till i arbetet med den nationella nivåstruktureringen av esofagus- och cardiacancer jämför resultat vid esofagus- och ventrikeltumor kirurgi i fyra europeiska länder (Dikken, Br J Surg. 2013 Jan;100(1):83–94.) Med utgångspunkt från denna studie har det hävdats att man vid esofaguscancerkirurgi bör utföra minst 30 ingrepp/år. Denna studie visar dock att man redan vid mer än 20 ingrepp/år har signifikant bättre resultat än vid färre än 11 ingrepp/år. Man kan dock inte redovisa någon skillnad mellan fler än 20, fler än 30, eller fler än 40 ingrepp/år. En konsekvent centralisering inom alla sex sjukvårdsregioner skulle alltså uppfylla kraven och garantera ett fortsatt ansvarstagande för komplikationer, akuta och benigna tillstånd i esofagus och cardia utöver cancerkirurgin.

**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, US Linköping i Region Östergötland har intresse av att åta sig ett nationellt vårdansvar.

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.**

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 kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer*

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

Kurativt syftande esofagus- och cardiacancerkirurgi är bara en del av en mycket större nu befintlig kompetens för benign, malign och akut esofagus/ventrikelkirurgi inkluderande handläggning av komplikationer. Kompetensen är inte bara av kirurgisk natur utan byggs på ett mångårigt utvecklat samarbete mellan berörda specialiteter och yrkesgrupper inom intensivvården, operation, avdelning, mottagning så som onkologi, radiologi, patologi, toraxkirurgi, ÖNH och plastikkirurgi.

US Linköping har i nuläget ett välfungerande samarbete med övriga kirurgiska kliniker i sydöstra sjukvårdsregionen och tar regelbundet emot kirurger för randutbildning i att fördjupa sina kunskaper i övre GI cancerkirurgi. Från regionen har vi fått ett utbildningsmandat som skulle påverkas av färre antal nationella centra.

Klinisk forskning och utveckling behövs i alla led från prevention till palliation. Andelen icke kurativa, palliativa patienter är större än kurativa. Den gruppen botas inte med kirurgi – däremot kan man med utvecklingen av modern kombinationsterapi i en del fall minska tumörbördan och få en del av dessa patienter att bli potentiellt kurativa. Det är i gränslandet och brytpunkten mellan de olika kompetenserna som evidensen skapas och utvecklas.

Patienter där kurativt syftande kirurgi är aktuell är således en begränsad grupp individer i ett perspektiv där patienten förväntar sig hjälp även i en preventiv, palliativ eller akut situation. NREV-data visar redan nu att det inte finns påtagliga skillnader mellan universitetssjukhusen vad gäller komplikationsfrekvens, mortalitet eller överlevnad för patienten. Genom att centralisera dessa patienter kan man måhända förbättra resultaten marginellt inom matstrups-magmuncancergruppen. Dock skulle denna centralisering leda till en kompetensförlust inom ett mycket större område än endast den kurativa behandlingen av esofagus- och cardiacancer. Vi menar att de negativa sid-

effekter på akuta tillstånd inom matstrupe och magsäck skulle bli större än de vinster som en centralisering till fyra centra skulle leda till. Vidare skulle dessutom kompetensförlust också få negativa sidoeffekter på andra patientgrupper som thorax- och öron-näsa-hals patienter där vi regelbundet samarbetar i det multidisciplinära omhändertagandet då även sjukdomar inom dessa specialitetsområden ibland involverar matstrupen.

## **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?**

### **Vid nationellt vårdansvar:**

Kirurgiska kliniken US Linköping har idag för Sydöstra sjukvårdsregionen stabila upparbetade rutiner för patientens hela vårdprocess. En utvidgning skulle innebära att vi skapar samma kontaktvägar för dessa patienter som då kommer från andra regionala centra. (Detaljerad beskrivning i ansökan.)

Radiologisk utredning och beslut om remittering kommer att ske vid de övriga regionala centra. En telemedicinsk konferens där alla samarbetskliniker är inbjudna planeras varje vecka där alla föransmällda patienter föredras. Vid remiss till Kirurgiska kliniken US Linköping kommer patienten anmälas till denna konferens. Vi kommer sedan gemensamt besluta om ytterligare utredning krävs samt var patienten skall opereras om så är fallet. Gemensamt kommer också det beslutas om eventuell preoperativ onkologisk behandling eller palliativ dito. Om onkologisk behandling beslutas, kommer den att erbjudas patienten på hemortssjukhuset.

Så snart remiss anländer kommer patient och remittent kontaktas för information och tidsplanering. 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 centra för ÖGI-tumörcentra eller hos oss beroende på patientens vilja. Ny telemedicinsk konferens sker vid PAD-svar om diagnosen motiverar tilläggsbehandling.

### **Vid uteblivet nationellt vårdansvar:**

Som ovan men vi istället är remittent.

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

Den redan påbörjade centraliseringen av esofagus- och cardiacancerkirurgin inom regionerna har utmanat vården att möta upp patientens behov av trygghet, kontinuitet och en snabb fungerande vårdkedja. Sydöstra sjukvårdsregionen ser en klar risk att en ensidig fokusering på enbart cancerkirurgiska ingrepp leder till en försämring av all kringliggande vård av patienter med esofagus- och ventrikelåkommor. Det finns studier som visar att en patient som har genomgått en esofagus- eller cardiacanceroperation lider av en påtagligt nedsatt livskvalitet som kan förklaras med funktionella och psykiska besvär som rekonstruktionskirurgin efter borttagning av tumören orsakar. Pa-

tienter behöver framförallt under första året en stabil och lättillgänglig kontakt med kontaktsjuksköterska och esofaguskirurg för symtomriktad behandling och rådgivning. Denna patientgrupp är ytterst utsatt och behöver en kompetent guidning under hela sjukvårdsresan.

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 kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmuncancer*

*Linköping 2015-10-30*

För Sydöstra sjukvårdsregionen,

*Mats Johansson*

Ordförande, Samverkansnämnden i Sydöstra sjukvårdsregionen