



SKL

Avd för vård och omsorg att: Gunilla Gunnarsson
118 82 Stockholm

Svar på remiss avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet

Norra sjukvårdsregionen – Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Landstinget Västernorrland och Region Jämtland Härjedalen – lämnar här ett regiongemensamt svar på remissen avseende nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancervården. Separata svar lämnas för respektive diagnos.

- Bilaga 1. Lever- och gallvägs cancer
- Bilaga 2. Bukspottkörtel cancer
- Bilaga 3. Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikel cancer
- Bilaga 4. Äggstock cancer
- Bilaga 5. Njur cancer
- Bilaga 6. Cystektomi vid urinblåse cancer

Remissvaren har sakkunnigberetts i de regionala processarbetsgrupperna, i det regionala chefsrådet för cancervården, i styrgruppen för RCC Norr och i respektive landstings/regions lokala canceråd. Beslut om svaren har fattats av tjänstemannaledningen i respektive landsting/region.

Regionen ansöker inte om att vara ett nationellt centrum för någon av åtgärderna som är aktuella för nationell nivåstrukturering.

Umeå 2016-05-30

Med vänliga hälsningar

Sara Ekström, Förbundsdirektör Norrlandstingens regionförbund

Postadress	Kontakta oss		
Köksvägen 13	Förbundsdirektör Sara Ekström	Förbundssekreterare Annika Renström	Förbundssekreterare Birgitta Fransson
901 89 Umeå	090-785 7412 070-375 7412	090-785 7413 076-136 3303	090-785 7411 072-710 7411
Org nr 222000-1651	sara.ekstrom@vll.se	annika.m.renstrom@vll.se	birgitta.e.fransson@vll.se

Remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av Lever- och gallvägscancer, kirurgisk behandling

Frågorna 1-7 avser förslaget gällande nationell nivåstrukturering av perihilära gallvägstumörer. Fråga 8 avser förslagen till regional nivåstrukturering av övrig lever- och gallkirurgisk verksamhet.

*1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?
Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.*

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

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, vi avser inte att ansöka om nationellt ansvar för operativ behandling av perihilär gallvägscancer. Regionens ingående landsting har redan utarbetade rutiner för att diskutera dessa patienter på regional MDK och vid perihilär gallvägscancer kommer patienterna att remitteras vidare till nationell MDK.

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.

Vi föreslår att Karolinska Huddinge och Sahlgrenska får nationellt ansvar för detta då de har haft något större volymer och också har kompetens inom transplantation.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

-

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

I vår region är det enstaka fall per år (1-2) så det blir inga stora konsekvenser. Resurser måste frigöras (videokonferens och personal) för deltagande vid nationell rond. Koordinatorer eller kontaktskötorskor måste prioriteras för att samordna ett nationellt vårdförlopp för dessa patienter.

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 vi inte har det nationella ansvaret att handlägga av perihilära gallvägstumörer, bör Norrlands Universitetssjukhus ha det regionala ansvaret för att dessa patienter hänvisas till nationella centra. Vi har 1-2 MDK per vecka för regionala fall och en lång tradition av regionalt samarbete kring dessa patienter. Vi anser att kunskap kring dessa patienter bibehålls på regionalt levercentra om de går till nationellt centra via NUS. Vi anser vidare att man på regional MDK kan fastställa att det är en perihilär gallgångscancer och att en snabb kanal mellan NUS och nationellt centra kan påskynda det nationella vårdförloppet.

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

Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin.

Längre resväg.

Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd.

Dyrare resor för anhöriga.
Fler vårdinstanser att hålla kontakt med.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenheter?

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet. Redan tidigare har den huvudsakliga delen av denna kirurgi bedrivits vid endast en enhet i regionen (Norrlands Universitetssjukhus).

Remissvar avseende nationell och regional nivåstrukturering av Pankreas- och Periapullär cancer, kurativt syftande kirurgisk behandling

Frågorna 1-7 avser förslaget gällande nationell nivåstruktureringar vid kurativt syftande kirurgi vid lokalt avancerad pankreascancer.

Fråga 8 avser förslagen till regional nivåstrukturering av övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periapullär cancer.

1. Stödjer ni förslaget avseende antal nationella vårdenheter? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet? Om ni ej stödjer förslaget, motivera svaret.

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.

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.

Inga specifika önskemål.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret, bilaga 1. En ansökan krävs för varje föreslaget område.

-

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

Konsekvenserna blir marginella.

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?

Handläggningen av pankreas- och periapullär cancer kommer i princip att följa samma rutiner som tidigare.

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

Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin.

Längre resväg.

Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd.

Dyrare resor för anhöriga.

Fler vårdinstanser att hålla kontakt med.

8. Stödjer ni de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenheter?

Ja, Norra regionen stödjer förslaget, och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet. Redan tidigare har denna kirurgi bedrivits vid endast en enhet i regionen.

Remissvar avseende nationell nivåstrukturering av retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid Testikelcancer, norra regionen

- (1) Norra regionen stödjer remissförslaget avseende nationell nivåstrukturering av retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer och kommer att remittera patienter till aktuell vårdenhet.
- (2) Inget centrum i Norra regionen avser att påta sig ett nationellt ansvar. Avsaknaden av forskning och aktiv vetenskaplig verksamhet under många år, kring denna patientgrupp i Norra regionen, gör regionen mindre passande för att kunna åta sig ett nationellt ansvar.
- (3) Norra regionen önskar att följande enheter får ett nationellt vårdansvar inom området:
 - (a) Stockholm, Huddinge. fördelar:
 - Goda volymer redan nu och ett kompetent team
 - Geografisk närhet till norra regionen med direktförbindelse
 - Goda möjligheter för translationell preparatforskning i samarbete med Umeå universitet (UmU), då Norra regionen har påbörjat translationella projekt på primär testikelcancer det senaste året, där den huvudsakliga laborativa verksamheten kommer att fördelas mellan UmU och Karolinska Institutet.
 - (b) Göteborg, Sahlgrenska sjukhuset alternativt Skånes universitetssjukhus. fördelar:
 - Goda volymer redan nu och ett kompetent team
- (4) Vi önskar inte ta ett nationellt åtagande
- (5) Det blir inga större konsekvenser för huvudmännen i Norra regionen. Ingreppet är högspecialiserat i ordets rätta bemärkelse, och Norra regionen samt UmU vinner på att utveckla en uppgraderad plattform för translationell preparatforskning, i första hand i samarbete med Karolinska Institutet, Huddinge.
- (6) Att hålla ihop processen om vi inte får det nationella ansvaret (vilket vi heller inte önskar): Nätverket runt testiscancer i Norra regionen genomgår sedan en tid tillbaka en uppstramning på urologisidan: Ökad primär forskning med både epidemiologiska och translationella projekt samt planerad fokusering kring SWENOTECA-rekommendationer för primärhanteringen i samband med primäringreppet (orkidektomi). Därmed kommer de närmaste åren att innebära en ökad forskningsdriven klinisk utbildning av yngre och semiseniora läkare inom området testiscancer. Detta ger förutsättningar för en förstärkning av kompetensen inom området i hela Norra regionen. Förutsättningarna för aktiv medverkan vid nationell MDK-verksamhet kommer därmed att förstärkas.

Vi föreslår:

- En regionansvarig urolog samt en regionansvarig onkolog

- En länsansvarig urolog i vardera av de fyra norrlandslänen
- Primäringreppen utförs på endast ett center per Norrlandslandsting/-region (fyra sjukhus i hela regionen)
- Fortlöpande kommunikation mellan länsansvariga och regionansvarig
- Regionansvarig urolog samt regionansvarig onkolog fungerar som sammanhållande centralpersoner i regionen och medverkar i den nationella MDK-verksamheten

(7) Praktiska konsekvenser för patienter och närstående av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen:

- Eventuellt förbättrad kvalitet av kirurgin
- Längre resväg
- Försvårad kontakt med anhöriga, p.g.a. längre avstånd
- Dyrare resor för anhöriga
- Fler vårdinstanser att hålla kontakt med

Remissvar från Norra Regionen avseende remissförslag äggstockscancer

Remissförslag:

Med utgångspunkt från sakkunniggruppens utlåtande föreslår RCC i samverkan att:

1. All kurativt syftande kirurgisk behandling av ovarialcancer utföres vid sex högspecialiserade gynekologiska vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.
2. Verksamheten vid de regionala vårdenheterna ska utformas med stöd av sakkunniggruppens förslag.
3. Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.
4. Den regionala samordningen av ovarialcancervården utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Remissvar:

Stödjer ni att de ovan beskrivna förslagen om regional nivåstrukturering för ovarialcancer?

Ja

Avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell sjukvårdsenhet? **Ja**

Kommentar: Endast en sjukvårdsenhet i regionen, kvinnokliniken, Norrlands Universitets-sjukhus (kk NUS), uppfyller de kriterier som sakkunniggruppen anser ska finnas vid en hög-specialiserat gynekologiskt center (HGC, vg se nedan). Vid regiondagen 15/11/30 diskuterades frågan av professionen och man hade då enighet att stödja kk NUS att utveckla ett HGC i enlighet med sakkunnigförslag. Då det gäller välavgränsade ovarialförändringar där misstanken på malignitet är låg, kommer det att finnas möjlighet att remittera fallet för diskussion på MDK och då beslutas om var patienten ska opereras. I praktiken arbetar Norra Regionen redan enligt förslaget.

Sakkunniggruppen anser att följande resurser och verksamhetsinnehåll ska finnas vid ett HGC:

- Gynekologiska tumör kirurger och gyn-onkologer, urolog, kolorectal och övre GI kirurg samt kärlkirurg.
- Kontaktsjuksköterska, kurator, dietist, sjukgymnast eller motsvarande med bland annat kunskap kring lymfterapi, regional och/eller nationell multidisciplinär terapikonferens (rMDK eller nMDK). Radiolog, patolog med särskild kompetens/intresse för gynecancer
- HGC deltar aktivt i forskning- och utvecklingsprojekt nationellt och internationellt samt de nationella kvalitetsregistren. Klinisk forsknings-/utvecklings-/prövnings-enhet samt akademisk miljö.
- HGC tar hand om recidivbehandling och ger råd/ger palliativ vård (individualiserad kirurgi och medicinsk onkologisk eller annan högspecialiserad behandling efter rekommendation från rMDK/nMDK).
- HGC tar hand om den initiala uppföljningen av behandlade ovarialcancerpatienter, därefter decentraliseras kontroller till öppen gynekologisk specialistvård eller till kvinnoklinik nära hemorten. I studier kan det krävas särskild uppföljning.
- HGC ansvarar för regionala och nationella utbildningsinsatser för sjukvård och patientföreningar.

Remissvar avseende regional nivåstrukturering av njurcancer, kirurgisk behandling, norra regionen

Remissförslag:

I remissen föreslås kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ utföras vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion. All övrig kirurgisk behandling av njurcancer föreslås utföras vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år. Regional MDK föreslås inrättas i varje sjukvårdsregion och den regionala samordningen av njurcancerkirurgin föreslås utvärderas efter två år, med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Norra regionen kan *inte* ge stöd till samtliga delar i den föreslagna regionala nivåstruktureringen.

Remissvaret har diskuterats grundligt i

- den medicinska professionen i regionen, både i den regionala processarbetsgruppen för urologisk cancer, samt med samtliga medicinskt ansvariga urologchefer i Norra regionens fyra landsting/region.
- det regionala chefsrådet för cancervården
- RCC Norrs styrgrupp.

Volymfrågan har även diskuterats nationellt inom Svensk Urologisk Förenings styrelse (SUF), som vid det protokollförda styrelsemötet 160201 tydligt avvisar skrivningen om "minst 50 operationer per år".

Norra regionen stödjer följande delar av remissförslaget:

- Kirurgisk behandling av njurcancer med avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.

Kommentar:

Ovanstående nivåstrukturering är sedan flera år tillbaka i praktiken redan införd i Norra sjukvårdsregionen, och arbets sättet har ett odelat stöd i hela regionen. Regionens enheter ämnar fortsätta att remittera den gruppen av patienter till NUS/Umeå.

- Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.

Kommentar:

Även denna punkt har ett odelat stöd i hela Norra sjukvårdsregionen. Vi är övertygade om att en regional MDK är nyckeln för att erbjuda regioninvånarna en regional spetskompetens samt för att kunna fortsätta att vetenskapligt profilera Norra regionen nationellt och internationellt. Genom att samtliga njurcancerpatienter kan/ska diskuteras på en regional MDK, kan rätt vårdnivå individanpassas, och de patienter som har en tekniskt mindre komplicerad tumör åtgärdas på passande länsenhet.

Norra regionen stödjer inte följande del av remissförslaget:

- All övrig kirurgisk behandling av njurcancer utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år.

Kommentar:

Vi finner ingen vetenskaplig evidens för en gräns på 50 operationer. Vare sig i befintlig litteratur eller i den litteraturlista som den nationella sakkunniggruppen presenterar. Siffran är arbiträr.

Vi är helt inställda på att njurcancerkirurgi endast ska utföras på ett sjukhus per Norrlandsting/-region. I nuläget opereras årligen omkring 100 njurcancerpatienter i regionen, och operationerna sker i stort sett uteslutande på länssjukhusen eller regionsjukhuset. Vi stöder helt att samtliga patienter ska diskuteras på regional MDK för att finna lämplig vårdnivå och kirurgisk eller medicinsk åtgärd, däremot kan en demontering av all njurcancerkirurgi i samtliga landsting/region utom VLL (NUS Umeå) få allvarliga följder för Norra regionens njurcancerpatienter i stort.

En av de viktigaste ingångarna för diagnosen njurcancer är makrohaturi och makrohaturi-utredningar kräver utredningskompetens och närvaro av urologisk specialistkompetens. En avveckling av njurcancerkirurgin i RJH, LVN och NLL skulle med stor sannolikhet få följande konsekvenser:

- **Kompetensförlust:** Redan etablerade seniora urologer kan överväga att lämna regionen
- **Avsaknad av framtida kompetensförsörjning:** Det finns få eller inga incitament för att nyanställa erfarna externa seniora urologer
- **Avsaknad av kompetensuppbyggnad:** ST-läkarutbildningen i RJH, LVN och NLL kommer att sakna viktiga moment i sin utbildning och sakna en möjlighet till lokal förkovran. Det medför en påtaglig risk för ett minskat intresse för området och att antalet sökande ST-läkare därmed sjunker.

Detta skulle inte bara drabba njurcancerpatienterna som grupp i hela regionen, utan samtliga patienter med urologisk cancer. Kompetensbrist ger låg möjlighet att upprätthålla grundläggande kunskap om utredning, såväl för de utredningar som ska göras inom ramen för standardiserade vårdförlopp som andra urologiska utredningar.

Norra regionen har för Sverige unika geografiska förutsättningar och omfattar cirka 50% av landets yta. I södra Sverige är det ur ett personalperspektiv relativt enkelt att anpassa sig till struktur-omvandlingar, då resvägarna är förhållandevis korta för dem som nödgas byta arbetsplats. Vid en avveckling av specialiteter vid länssjukhus i Norra regionen finns en överhängande risk att berörda specialister helt lämnar regionen, då samma geografiska flexibilitet inte finns här.

Konceptet geografisk jämlikhet i vården för patienter oavsett bostadsort i landet skulle motverkas av en demontering av urologin i Norrland och långsiktigt medföra en risk för en sämre vård för regionens patienter vid urologisk sjukdom. Vi kan därför inte stödja ett förslag som riskerar att leda till en geografisk ojämlikhet för Norra regionens befolkning.

Vid operation av låga volymer (någonstans under 20 operationer/år) kommer organisationen av verksamheten att ses över i regionen.

Remissvar avseende regional nivåstrukturering av cystektomier, norra regionen

Norra regionen stödjer en regional nivåstrukturering av cystektomierna och tar fasta på remissens formulering "6 vårdenheter" (i landet) och inte "6 sjukhus". Norra regionen har samma grundinställning till denna problematik, som region Syd har.

Likt region Syd har vi insett betydelsen av skapa ett regionalt cystektomiteam, med geografisk operationsverksamhet på två ställen (i Syds fall Malmö och Helsingborg, i Norra regionen Umeå och Sundsvall) - men inom samma teamorganisation. Norra regionens informella cystektomiteam bedriver gemensam verksamhet inom sjukvård (cystektomier), utbildning (regionalt och nationellt), kliniska rutiner och driver nationell spjutspetsforskning på området urinblåsecancer. Detta har pågått i snart tre år och uppgraderas och stärks fortlöpande. Nyckelkompetens finns vid båda sjukhusen och vissa specialister är verksamma på båda orterna.

Det regionala MDK-arbetet i Norra sjukvårdsregionen är nationellt en föregångsverksamhet och vår tydliga målsättning är att bli Sverigeledande inom högspecialiserad forskning och vetenskap i ämnet urinblåsecancer.

Norra regionen ser att den etablerade teamorganisationen ger en strategisk fördel och flexibilitet i verksamheten, samt borgar för både bevarad regional kompetens och utgör en grundval för fortsatt regional kompetenstillväxt.

Sjukvårdsregionens ingående landsting/region avser att remittera patienter till den regionala vårdenheten.