



Sveriges Kommuner och Landsting	
Dnr: 11/303/	
Datum: 2014-04-09	
Avd/Sektion:	Handläggare:
VO	GGUN

Till/Sveriges Kommuner och Landsting
Avd. för vård och omsorg
Att: Gunilla Gunnarsson
118 82 Stockholm

Svar från norra sjukvårdsregionen på remiss avseende nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer

Bakgrund

Regionala Cancercentrum (RCC) i samverkan har tillställt landsting och regioner en remiss avseende nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi för peniscancer. RCC Norr samordnar beredningen i Norra sjukvårdsregionen.

I norra regionen har remissen hanterats enligt följande:

Remissen skickades den 20 december till respektive landstings representant i SKL:s nationella nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer, med kopia för kännedom till regionens verksamhetschefer inom urologi. Respektive landsting har berett frågan och lämnade under januari-februari svar till RCC Norr. Remissen har också behandlats i regionens cancerråd (det regionala chefsamrådet inom cancerområdet) och i RCC Norrs styrgrupp, inför slutligt ställningstagande i Förbundsdirektionen för Norrlandstingens regionförbund.

Landstingens synpunkter

Landstingens yttranden visar att Norra sjukvårdsregionens landsting stödjer förslaget att nivåstrukturera kurativt syftande kirurgi vid peniscancer till två vårdenheter i Sverige. Norrlands universitetssjukhus (Nus) inom Västerbottens läns landsting (VLL) har redovisat sitt intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området. De medicinska, organisatoriska och forskningsmässiga förutsättningarna för Nus att ta ett nationellt vårdansvar redovisas i svaret från VLL. Där framgår även de konsekvenser som VLL ser om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion, hur vårdprocessen avses hållas ihop och praktiska konsekvenser av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen.

Var regionen önskar skicka patienter om inte Nus blir en vårdenhet med nationellt ansvar har diskuterats på det regionala cancerrådet. I första hand förordas då Södersjukhuset i Stockholm som nationellt ansvarig vårdenhet; dels finns ett etablerat samarbete mellan Nus och Södersjukhuset och Södersjukhuset är en av de vårdenheter som i nuläget behandlar flest patienter i landet. Stockholm är den ort som har bäst förbindelser med regionen, om patienter behöver resa utanför regionen.



Förbundsledningens beslut 2014-02-27 § 6.

Förbundsledningen beslutade att avge yttrande till SKL som innebär att förorda att behandling av kurativt syftande peniscancer koncentreras till två vårdenheter samt att förorda att Norrlands universitetssjukhus blir en av de två föreslagna vårdenheterna.

NORRLANDSTINGENS REGIONFÖRBUND

Sara Ekström

Postadress	Kontakta oss		
Köksvägen 13	Förbundsledningen	Förbundsledningen	Förbundsledningen
901 89 Umeå	Sara Ekström	Jens Tjernström	Birgitta Fransson
Org nr 222000-1651	090-785 7412	090-785 7413	090-785 7411
	070-375 7412	072-522 7413	072-710 7411
	Sara.Ekstrom@vll.se	Jens.Tjernstrom@vll.se	Birgitta.E.Fransson@vll.se

Bilaga till regional sammanställning av:

Svar på remiss avseende nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer från respektive landsting i norra sjukvårdsregionen

a) Norrbottens läns landsting

Här kommer vårt svar på remissen ang. nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer. Vi betraktar detta som ett tjänstemannaärende och har ej för avseende att ta politisk ställning. Svaret är avstämt med chefer inom allmänkirurgi/urologi.

1. NLL stödjer det beskrivna förslaget om koncentration av åtgärden kurativt syftande kirurgi vid peniscancer till två vårdenheter i landet. Det är viktigt för förtroendet för nivåstruktureringsdebatten att lyckas med denna lilla diagnosgrupp som inget sjukhus, klinik, eller bakjournlinje står och faller med.
2. NLL har inget intresse av att åta sig uppdraget
3. NLL har inga önskemål om lämpliga vårdgivare för uppdraget. Viktigt är att den som tar på sig uppdraget redan idag bör ha en upparbetad volym och vårdkedja med förutsättningar att långsiktigt upprätthålla och utveckla denna verksamhet
4. -
5. Inga konsekvenser kan förutses för NLL.
6. Redan idag skickas dessa patienter utomlans för vård. Därför kan inga förändringar för patienternas vårdprocess förutses.
7. Se ovan

Veronika Sundström
Verksamhetsdirektör, Norrbottens läns landsting

b) Landstinget i Västernorrland

Här kommer Landstinget Västernorrlands remissvar på remissen avseende nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer

1. Västernorrlands Läns landsting stödjer det beskrivna förslaget om koncentration av åtgärden kurativt syftande kirurgi vid peniscancer till maximalt två vårdenheter i landet. Det är viktigt för förtroendet för nivåstruktureringsdebatten att lyckas med denna lilla diagnosgrupp. Annars kommer vi att misslyckas med den övriga nationella och regionala nivåstrukturering av cancervården som måste göras för att uppnå en högkvalitativ och likvärdig vård i landet.
2. Västernorrland har inte kompetens eller önskan att åta sig uppdraget
3. Västernorrland har inga synpunkter på vilken/vilka aktörer som åtar sig uppdraget mer än att den som tar på sig uppdraget redan idag bör ha en upparbetad volym och vårdkedja med förutsättningar att långsiktigt upprätthålla och utveckla denna verksamhet
- 5 Denna förändring kommer inte att få några större konsekvenser för Västernorrland.
6. Västernorrland skickar redan idag dessa till annat landsting för vård, därför kommer det inte att innebära några ändrade vårdprocesser för våra patienter.
7. Se ovan

Margareta Berglund Rödén
Förvaltningschef
Specialistvården Västernorrland

c) Jämtlands läns landsting

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget om koncentration av åtgärden kurativt syftande kirurgi vid peniscancer till två vårdenheter i landet? Om inte, motivera svaret.

Jämtlands läns landsting JLL stödjer förslaget!

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?

JLL kommer att skicka patienter till NUS om NUS skulle bli en av de 2 enheter som kommer att få det nationella uppdraget.

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.

JLL förutsätter att en enhet som har det nationella uppdraget kan sköta verksamheten genom att skyndsamt och med bästa kvalitet omhändertaga av patienter.

4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar, besvara följande frågor:

Då JLL inte har för avsikt att åta sig det nationella uppdraget besvarar vi inte nedanstående frågor.

a. Ange de medicinska resultat ni idag har för vårdinsatsen i regionen, samt redovisa hur dessa har offentliggjorts/kommer att offentliggöras.

b. Ange nuvarande förutsättningar för att uppfylla kraven på kompetens, vårdstruktur och utrustning.

c. Hur planerar ni för framtida kompetensförsörjning?

d. Vilken forskning bedriver ni idag inom området i regionen/landstinget? Hur avser ni att tillse att framtida patienter kommer att ingå i forskningsstudier?

e. Hur avser ni att säkerställa att vården av patienterna följs upp i kvalitetsregister och att resultaten används i verksamhetsutveckling?

f. Är ni beredda att ta ansvar för nationell multidisciplinär konferens? Finns vid er enhet utrustning för detta?

g. Hur avser ni att underlätta för närstående att närvara under patientens vård vid er enhet?

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

En möjlig konsekvens skulle kunna vara kompetensflykt från NUS

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?

Se fråga 4

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av

Beroende av var verksamheten blir placerad kan det innebära längre resvägar för patienter och anhöriga. Detta vägs dock upp av de kvalitativa fördelar det innebär att koncentrera verksamheten till två enheter

Nina Fällbäck-Svensson
Bitr. landstingsdirektör

d) Västerbottens läns landsting

Västerbottens läns landsting instämmer i bedömningen att kurativt syftande kirurgi vid peniscancer bör centraliseras, och att det bör ske till två vårdenheter i landet. Landstingets svar på frågorna 1 och 2 i remissen är alltså ”ja”.

Detta baseras på de problem som förs fram i utredningen från RCS med dålig följsamhet till rekommendationer för behandling, med bland annat en alltför liten användning av penisbevarande kirurgi och låg frekvens av lymfkörtelkirurgi/diagnostik.

Med en incidens på ca 120 fall/år i Sverige (varav endast en del är föremål för kirurgi) är det tveksamt om underlaget är tillräckligt för sex centra. Nuläget är också att om cancer in situ och lokal excision exkluderas så sker redan idag merparten av kirurgin på sex centra, vilket ger små volymer – i riket gjorde under 2011-12 endast två sjukhus fler än 10 operationer/år. I riket opererades ca 127 fall under dessa två år, ca 65 fall/år.

Redovisningen från berörd verksamhet, Kirurgcentrum vid Nus, gällande frågorna 2-7 nedan visar att VLL/Nus har infrastrukturella förutsättningar att kunna åta sig ett riksansvar för ett av dessa centra.

Fråga 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?

Vi bedömer att NUS har förutsättningarna att åta sig ett nationellt vårdansvar i samarbete mellan onkologiska och urologiska klinikerna. Vi har fått försäkringar att norra regionens landsting även fortsättningsvis kommer att remittera peniscancerpatienter hit.

Fråga 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.

Det finns en aktiv behandling upparbetad samarbete med Södersjukhuset med en fullständig diagnostisk och kirurgisk kompetens.

Fråga 4. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar, besvara följande frågor

- a) *Ange de medicinska resultat ni idag har för vårdinsatsen i regionen, samt redovisa hur dessa har offentliggjorts/kommer att offentliggöras.*

Årsrapporten från Peniscancerregistret visar att det inom norra regionen under tiden 2009-2012 diagnosticerats 49 patienter med peniscancer. Under åren 2011-2012 opererades 11 patienter vid NUS med laserkirurgi, lokal exicision, partiell eller total amputation. Patienter med tumörstadium $\geq T1/G \geq 2$ skall enligt riktlinjerna erbjudas lymfkörtelkirugi eller sentinel node biopsi vid icke palpabla körtlar i ljumskar (N0). Förutsättningen är att patienten bedöms vara i sådant skick att han klarar komplikationer av denna kirurgi eller inte befinner sig i ett sådant tillstånd att peniscancerkirugi är av mer palliativ natur. Av 19 patienter i stadium $T \geq 1/G \geq 2$ opererade vid NUS 2009-2012 genomgick 9 patienter lymfkörtelkirugi i någon form.

- b) *Ange nuvarande förutsättningar för att uppfylla kraven på kompetens, vårdstruktur och utrustning*

Vid Urologen, NUS finns kirurgisk kompetens i form av två överläkare med specialintresse för peniscancer. Därtill har vi sexologisk kompetens via sexologiskt centrum som är en del av urologiska kliniken med en heltidsanställd sexolog. Vid urologmottagningen finns en etablerad struktur med kontaktsköterskor med stor vana. Vi har dessutom tillgång till en radiologisk avdelning med resurser inom CT, MR och PET. Därtill finns en nuklearmedicinsk avdelning med resurser för dynamisk lymfkörtelscintigrafi inför sentinel node diagnostik. Vi har tillgång till gammaprober för intraoperativ detektion av sentinel node. Vidare finns plastikkirurgisk kompetens vid NUS.

- c) *Hur planerar ni för framtida kompetensförsörjning?*

Vid kliniken har vi 5 ST läkare samt 2 yngre specialister vilket medger kompetensöverföring inom området.

- d) *Vilken forskning bedriver ni idag inom området i regionen/landstinget? Hur avser ni att tillse att framtida patienter kommer att ingå i forskningsstudier?*

Vi bedriver etikgodkänd (dnr 2013-546/31, dnr 2013-835/32) prospektiv translationell forskning på färskt preparat, med fokus på tumörimmunologi och tumörbiologi. Studien är ett samarbetsprojekt mellan urologklinikerna NUS, Umeå och Södersjukhuset, Stockholm och två ledande tumörimmunologiska laboratorier på Karolinska Institutet, Stockholm.

I studien ingår det 6 delprojekt. Studien leds och koordineras av en överläkare vid urologen, NUS och Umeå Universitet och som har god nationell och internationell vetenskaplig kompetens på docentnivå.

I studiemetoden ingår sentinel node metoden som del av den operationstekniken. En metod som både av Europeiska Guidelinesgruppen och den Svenska styrgruppen för Peniscancer anses vara en viktig kvalitetsindikator på kvalificerad peniscancerkirurgi.

Om peniscancerkirurgin inte kvarstår vid NUS/Norra Regionen så omöjliggörs de kliniska forskningsstudierna.

- e) *Hur avser ni att säkerställa att vården av patienterna följs upp i kvalitetsregister och att resultaten används i verksamhetsutveckling?*

Vi säkerställer inrapportering till kvalitetsregister via INCA. Inrapportering sker både via kontaktsköterska, specialutbildad läkarsekreterare och läkare. Återföring av resultat säkerställs genom att systematiskt utvärdera given behandling och behandlingsresultat genom analyser av INCA databasen online. Jämföra våra resultat med nationella. Två läkare på kliniken deltar i peniscancerregistrets styrgrupp och vårdprogramgrupp. Att vården av den enskilde patienten sker enligt riktlinjer säkerställs via veckovis deltagande i nationell MDK.

- f) *Är ni beredda att ta ansvar för nationell multidisciplinär konferens? Finns vid er enhet utrustning för detta?*

Ja - Kliniken har möjlighet att ta ansvar för att administrera en nationell MDK. Dels finns utrustning redan inom NUS för MDK som används för nationella och regionala MDK. Vidare har videokonferens utrustning beviljats och installeras inom urologiska kliniken NUS.

- g) *Hur avser ni att underlätta för närstående att närvara under patientens vård vid er enhet?*

Ja. Vid mottagningsbesök, inskrivningsbesök och övriga vårdkontakter bör närstående delta i görligaste mån. Om patienten är bosatt på långt avstånd finns patienthotellet vid NUS tillgängligt. Kontaktsjuksköterskan underlättar detta.

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

Med tanke på att kompetensen inom området kommer att minska vid en nationell centralisering så innebär det att patienter från vår del av Sverige, med extremt långa avstånd, behöver resa långt för kliniska bedömningar av såväl misstänkta recidiv som handläggning av multipla vårdbehov och komplikationer.

Fråga 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?

Vi kommer att öka kontaktsjuksköterskans arbete med logistik och flöden. Med lokal diagnostik och preoperativa värderingar via videolänk (MDK) kan preoperativa planeringar göras. Kompletterande diagnostik sker via hemlandsting men också vid NUS. Samarbetet mellan urologiska och onkologiska kliniken ger vinster inom vårdprocesserna.

Om ansvaret för den kirurgiska behandlingen inte skulle finnas inom regionen kommer urologen NUS att söka ansvara för viss diagnostik, remittering till nationellt centrum samt söka hantera patienter med komplikation och lokala eller regionala recidiv. Men på sikt kommer kompetensen inom detta område att minska om den kirurgiska behandlingen inte görs vid kliniken. Därtill kommer onkologisk behandling fortsatt att handläggas vid cancercentrum, NUS. Patienterna kommer att hanteras inom ramen för ordinarie verksamhet vid kliniken. Kontaktsköterskan kommer att tillse att patientens vård sker enligt plan.

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

Nationell koncentration av peniscancervård kommer i de flesta fall riskera att vårdkedjan förlängs med ytterligare en vårdnivå och långa avstånd. Detta kommer sannolikt att innebära en förlängning av ledtider och riskerar att fördröja vården. För patienter i Västerbotten och norra regionen kommer omhändertagande efter kirurgi fortsatt att ske vid någon av våra vårdenheter. Om kompetens för bedömning och handläggning av komplikationer och misstänkta recidiv inte längre finns i vårt landsting måste patienten bereda sig på ytterligare långväga remittering och väntetider.

Anders Sylvan
Landstingsdirektör
Västerbottens läns landsting