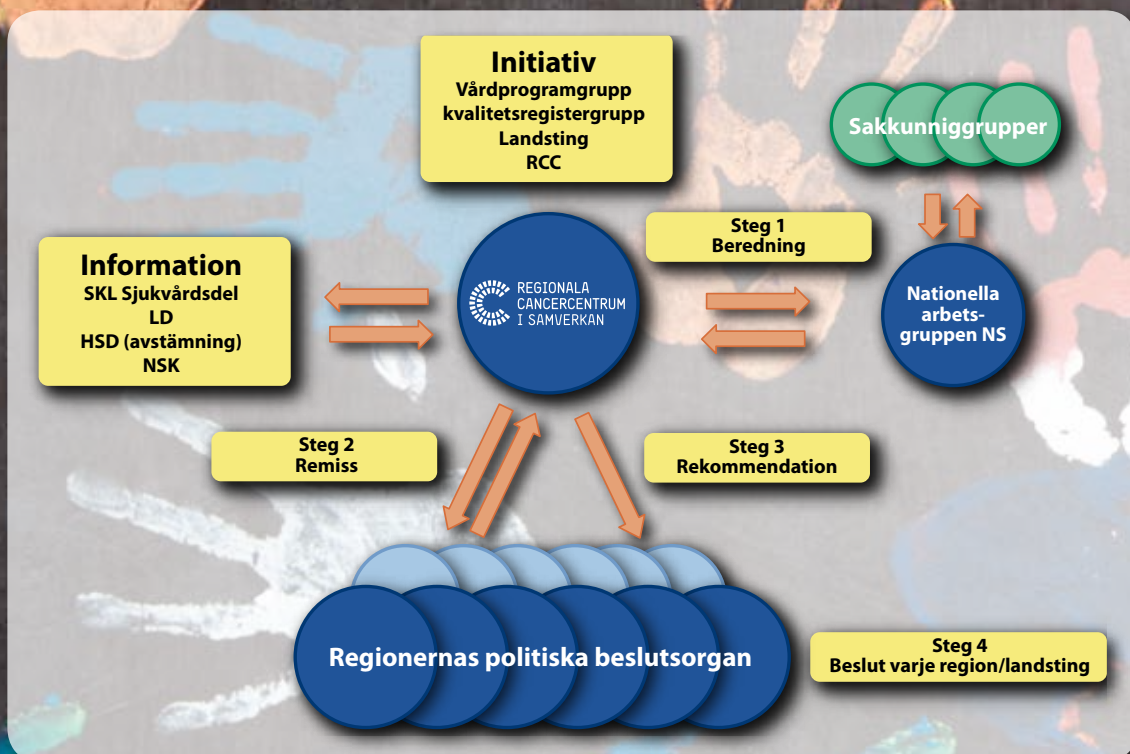


●●● RCC i samverkan



Sveriges cancerpatienter får allt fler NATIONELLA VÅRDENHETER

Nivåstrukturering – det vill säga en arbetsfördelning som beskriver vad som ska utföras var och av vem – ska ha sin utgångspunkt i vad som är bäst för patienten. Tillgängligheten till rätt vård på rätt plats utförd av personal med hög och rätt kompetens ska vara lika bra, oavsett var i landet man bor och vilken bakgrund man har. Få och erfarna multidisciplinära team ska behandla många patienter, men ska också svara för kompetensförsörjning och medicinsk utveckling genom att bedriva forskning och utbildning. Högspecialiserad vård kräver dessutom ofta dyra investeringar och behöver användas på ett kostnadseffektivt sätt.

Det nationella arbetet med nivåstrukturering inom cancervården handlar därför om att koncentrera ovanliga och komplicerade åtgärder, det som kallas högspecialiserad vård, till färre ställen i landet än sex. Detta innebär dock inte att samtliga åtgärder vid ett visst tillstånd måste koncentreras till färre och samma enheter. Det handlar snarare om att både centralisera och decentralisera olika delar av patientens vårdkedja.

EN TIDSKRÄVANDE ARBETSMODELL

Den nationella arbetsprocessen startar med att ett antal sakkunniggrupper, under ledning av RCC:s nationella arbetsgrupp, tar fram underlag enligt en särskild mall för nationell nivåstrukturering. Underlaget bedöms av den nationella arbetsgruppen som förbereder ett förslag till RCC i samverkan. Innan RCC i samverkan fattar beslut om att remittera ett förslag till landsting och regioner görs en avstämning med tjäns-

temannaledningarnas nätverk och sjukvårdsdelegationen på SKL.

Remissen innehåller även en begäran om ansökan om nationell vårdenhet från de landsting som önskar driva en sådan. Efter remissvar tar RCC i samverkan fram en rekommendation om beslut i landsting och regioner.

De frågor som RCC:s arbete med nivåstrukturering väcker är långt ifrån enkla. Arbetet röner därför uppmärksamhet och renderar en del oro och utmanar både professionella och ibland personliga intressen. Argument om att ökad evidens pekar på fördelar med ökad specialisering och större vårdvolymer krockar med befärad negativa konsekvenser inom andra delar av vården och samhället om vissa åtgärder koncentreras. Många upplever en frustration över att införandet av nivåstruktureringen går för långsamt. Å andra sidan finns en osäkerhet inför de förändringar som krävs, bland annat inom akutvården.

Efter nästan fem års arbete kan man dock konstatera att denna arbets- och beslutsprocess, som RCC i samverkan utvecklat tillsammans med landsting och regioner, nu till stora delar har funnit sina former och faktiskt fungerar som en plattform för landsting och regioner att kunna fatta "gemensamma" beslut.

I slutet av oktober ställde sig ledningarna för landsting och regioner unisont bakom RCC:s senaste rekommendationer om att koncentrera ytterligare tre komplicerade cancerbehandlingar till två sjukhus i landet. Tidigare i år beslutade landstingen att koncentrera sju ovanliga åtgärder inom cancervården till sex sjukhus. Och sedan 1 januari 2015 är kirurgisk behandling med botande syfte vid peniscancer koncentrerad till två sjukhus i landet. Nationella vårdenheter finns efter årsskiftet därmed vid landets samtliga sju universitetssjukhus (se faktaruta).

Planeringen vid de nationella vårdenheter som drar igång den 1 januari är i full gång. Grundläggande är att man etablerar ett nära samarbete mellan de olika nationella vårdenheterna inom respektive område, samt med de regioner som kommer att vara remitterenter. Den multidisciplinära bedömningen av patienter som ska remitteras till en nationell vårdenhet sker vid en nationell multidisciplinär konferens (MDK). Inom några områden finns denna redan etablerad, inom andra startar den under senhösten.

SAMVERKAN EN FÖRUTSÄTTNING

Samplaneringen inför starten omfattar också att gemensamt ta fram en presentation av verksamheten med en tydlig beskrivning av hela vårdprocessen, kontakter mellan remitterande enheter och den nationella vårdenheten, aktiva överlämningar, ansvarsfördelningen i vårdkedjan, uppföljning mm. Även om det krävs lokala anpassningar så ska principerna för handläggningen vara desamma för vårdenheter med samma uppdrag.

I regel spelar geografisk närhet stor roll för remitteringsmönster. Det är dock viktigt att betona att samtliga nationella vårdenheter har hela landet som upptagningsområde. För att uppnå bästa möjliga tillgänglighet behövs en koordination mellan de olika vårdenheterna med till exempel en gemensam semesterplanering.

Helt avgörande för framgång är en nära samverkan med remitterenter. Här krävs tydliga rutiner för diagnostik, anmälan till nationell MDK, överlämningar, hantering av komplikationer, ansvarsfördelning och rutiner för uppföljning. Erfarenheter från peniscancerområdet visar på behovet av att också ha en regional samordning inom varje sjukvårdsregion, det vill säga även i regioner där man inte har ett nationellt uppdrag. Det handlar om sällsynta diagnoser och åtgärder där erfarenhet av diagnostik, deltagande i nationell MDK och uppföljning kan behöva samlas inom varje region.

Primär utredning och fortsatt uppföljning måste kunna erbjudas på lämp-

ligt sätt i den egna sjukvårdsregionen. Här kan eventuell besvikelse över att inte ha tilldelats ett nationellt uppdrag leda till en minskad motivation att delta i den nationellt samlade verksamheten. De nationella vårdenheterna har uppdraget att skapa bästa möjliga förutsättningar för att bygga en förtroendefull samverkan och arbetsfördelning i vårdkedjan. Hur processen utvecklas ur patientens perspektiv blir därför en viktig del av uppföljningen.

Syftet med att koncentrera dessa delar av den högspecialiserade cancervården är att skapa förutsättningar för ännu bättre behandlingsresultat utifrån ett oftast redan gott utgångsläge. Men det finns också fler förväntningar; bland annat att skapa kreativa miljöer med bättre förutsättningar för forskning, kompetensutveckling och utbildning. Det finns därför gott om utmaningar, men den främsta utmaningen är att skapa en trygg och sammanhållen vårdkedja som i alla delar håller hög kvalitet med god tillgänglighet och trygghet för patienter och närstående. Vi har här stor hjälp av den infrastruktur som utvecklats i cancervården med kontaktsjuksköterskor, aktiva överlämningar, individuella vårdplaner och standardiserade vårdförlopp.

UPPFÖLJNING OCH ÖPPEN REDOVISNING

RCC i samverkan har också uppdraget att 2 år efter införande följa upp hur verksamheten vid de nationella vårdenheterna utvecklas. Uppföljning av struktur, process och resultat kommer att följa en enhetlig mall och uppföljningsdata kommer att redovisas öppet. Mycket av uppföljningsdata ska kunna hämtas från de nationella kvalitetsregistren. Denna del kräver utvecklingsarbete såväl avseende tillägg av patientrapporterade mått som i vissa fall nyetablering eller utvidgning av befintliga register.

REGIONAL NIVÅSTRUKTURERING

Under arbetets gång har det visat sig svårt att helt skilja nationell från regional nivåstrukturering. Sakkunnigrapporterna har uppmärksammat behovet av regional koncentration då det i många fall finns stor spridning inom regionerna

av högspecialiserad vård med små volymer per sjukhus. Många efterfrågar nationellt stöd även för regional nivåstrukturering.

RCC i samverkan har därför under 2016 lämnat förslag om regional nivåstrukturering i rekommendationer och remisser. De förslag som lämnas prioriterar att i ett första steg koncentrera den nuvarande, spridda, lågfrekventa verksamheten. Förslagen till regional nivåstrukturering har till största delen tagits emot positivt i regionernas remissvar. Genomförandet av denna regionala nivåstrukturering är en regional angelägenhet och RCC i samverkan planerar att följa upp utvecklingen om två år.

Följande rekommendationer om regional nivåstrukturering till ett sjukhus per sjukvårdsregion har i november skickats till landsting/regioner:

Lever- och gallvägs cancer exkl. perihilar cancer: Kirurgisk behandling.

Bukspottkörtel- och periampullär cancer exkl. LAPC: Kurativt syftande kirurgisk behandling.

Äggstockscancer: Primär behandling samt behandling vid progress eller recidiv.

Njurcancer: Kirurgisk behandling av avancerade tumörer såsom tromb i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ.

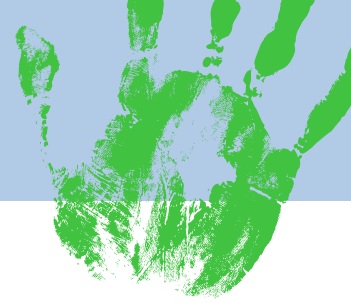
Urinblåsecancer: kirurgisk behandling med cystektomi.

Därutöver rekommenderas följande:

Njurcancer: Övrig kirurgisk behandling (exkl. kirurgisk behandling av avancerade tumörer med inväxt i vena cava och/eller överväxt på intilliggande organ) utförs vid vårdenheter som utför minst 50 operationer per år.

Vid remissbehandling av ovanstående har framkommit olika synpunkter, men RCC i samverkan har inte funnit överty-





gande skäl att ändra förslagen, som nu således kommer att bli rekommendationer.

SÅ FORTSÄTTER ARBETET

Under våren 2017 kommer en utvärdering att ske av den nationella nivåstruktureringen av peniscancer. De erfarenheterna kommer att vara ett bidrag för det

fortsatta arbetet med nivåstruktureringen. Ytterligare arbete behövs kring uppföljning. Samtidigt kommer tidigare områden som inte blivit klara att färdigställas och nya initiativ går igenom för fortsatt arbete.

Genom att arbetet med nationell nivåstrukturering nu utvidgas till flera di-

agnos- och behandlingsområden läggs ännu en pusselbit i strävan att utveckla cancervården utifrån intentionerna i den nationella cancerstrategin.

Mer om nivåstrukturering finner du på <http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/>

GUNILLA GUNNARSSON



STEFAN RYDÉN



BESLUTADE ÅTGÄRDER

Analcancer

Radiokemoterapi i botande syfte (1 jan 2017)
Kirurgi i botande syfte (1 jan 2017)

Cancer i bukhinnan

CRS/HIPEC vid spridd cancer (1 jan 2017)

Malignt melanom

Isolerad hyperterm perfusion (1 jan 2017)

Matstrupscancer

Kirurgi vid definierade ovanliga tillstånd (1 jan 2017)

Peniscancer

Kirurgi i botande syfte (1 jan 2015)

Vulvacancer

Kirurgisk och onkologisk behandling i botande syfte (1 jan 2017)

REKOMMENDERADE ÅTGÄRDER

Bukspottkörtelcancer

Kirurgi i botande syfte vid lokalt avancerad cancer (1 nov 2017)

Gallvägscancer

Kirurgi i botande syfte vid perihilära gallvägstumörer (1 nov 2017)

Testikelcancer

Retroperitoneal lymfkörtelutrymning (1 nov 2017)

BESLUTADE NATIONELLA VÅRDENHETER OCH UPPDRAG

Akademiska sjukhuset

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan

Karolinska Universitetssjukhuset

- Kirurgi vid matstrupscancer, definierade ovanliga tillstånd
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan
- Kirurgisk och onkologisk behandling i botande syfte vid vulvacancer

Norrlands universitetssjukhus

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan
- Kirurgisk och onkologisk behandling i botande syfte vid vulvacancer
- Kirurgi i botande syfte vid analcancer
- Isolerad hyperterm perfusion vid malignt melanom

Skånes universitetssjukhus

- Radiokemoterapi i botande syfte vid analcancer
- CRS/HIPEC vid spridd cancer i bukhålan
- Kirurgi vid matstrupscancer, definierade ovanliga tillstånd
- Kirurgisk och onkologisk behandling i botande syfte vid vulvacancer
- Kirurgi i botande syfte vid analcancer
- Kirurgi i botande syfte vid peniscancer

Universitetssjukhuset Linköping

- Kirurgisk och onkologisk behandling i botande syfte vid vulvacancer

Universitetssjukhuset Örebro

- Kirurgi i botande syfte vid peniscancer
- Rekommenderade nationella vårdenheter och uppdrag

Karolinska Universitetssjukhuset

- Kirurgi i botande syfte vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer
- Kirurgi i botande syfte vid perihilära gallvägstumörer
- Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- Kirurgi i botande syfte vid lokalt avancerad pankreas- och periampullär cancer
- Kirurgi i botande syfte vid perihilära gallvägstumörer
- Retroperitoneal lymfkörtelutrymning vid testikelcancer