

**REKOMMENDATION**

Vårt dnr:  
11/3031

2016-02-09

Till landstingsstyrelser/regionstyrelser och  
samtliga chefer för Regionala cancercentrum  
För kännedom:  
Nätverket Landstingsdirektörer  
Nätverket Hälso-och sjukvårdsdirektörer

### **Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex åtgärder inom cancerområdet**

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslöt vid sitt möte 8 februari 2016 att avge bifogad rekommendation till landsting/regioner. Rekommendationen sänds efter önskemål från SKLs sjukvårdsdelegation till landstingsstyrelser/regionstyrelser samt chefen för respektive Regionalt cancercentrum för hantering i landstingen/regionerna på det sätt som beslutas av respektive region. Rekommendationen sänds också till nätverken landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer för kännedom. Rekommendationen avser att godkänna och tillämpa nationell nivåstrukturering för sex områden i cancervården i enlighet med bifogat underlag. Dessutom beslöt samverkansgruppen att avge rekommendation avseende regional nivåstrukturering i enlighet med bifogat underlag.

Kopia på tagna beslut om att godkänna och tillämpa rekommendationerna sänds senast 1 juni 2016 till:

SKL

att: RCC i samverkan/ Gunilla Gunnarsson

Avd för vård och omsorg

118 82 Stockholm



Gunilla Gunnarsson

Ordförande Regionala cancercentrums samverkansgrupp

## Rekommendation rörande nationell och regional nivåstrukturering för sex områden i cancervården

Mot bakgrund av vad nedan angivits rekommenderar Regionala cancercentrum i samverkan landsting/regioner:

Att godkänna och tillämpa nedanstående rekommendationer avseende nationell nivåstrukturering för sex områden i cancervården.

### Regionala cancercentrum i samverkans beslut

Regionala cancercentrum i samverkan beslöt vid sitt sammanträde 16 december 2015 enhälligt att för sex områden inom cancervården rekommendera landsting/regioner att besluta om nationell nivåstrukturering enligt följande:

#### 1+2. Kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer

att kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

Dessutom beslöt samverkansgruppen inom området regional nivåstrukturering rekommendera landsting/regioner

att kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer ska utföras vid högst 6 sjukhus i landet, ett sjukhus i varje sjukvårdsregion.

#### 3. Behandling av analcancer

att kurativt syftande radiokemoterapi vid analcancer ska utföras vid 4 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Akademiska Sjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

att kirurgi vid analcancer (salvage surgery) ska utföras vid 2 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

#### 4. Behandling av vulvacancer

att kurativt syftande behandling av vulvacancer ska utföras vid 4 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping.

#### 5. Isolerad hyperterm perfusion

att isolerad hyperterm perfusion ska utföras vid 1 nationell vårdenhet

att uppdrag som nationell vårdenhet lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

**6. Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, CRS/HIPEC**

att behandling med CRS/HIPEC ska utföras vid 4 nationella vårdenheter

att uppdrag som nationella vårdenheter lämnas till Akademiska sjukhuset, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.

För samtliga sex områden rekommenderas:

att koncentrationen av åtgärden införs från och med 1 januari 2017.

Rekommendationerna har förankrats i nätverken för hälso- och sjukvårdsdirektörer och landstingsdirektörer (2016-01-15). SKLs sjukvårdsdelegation har uttalat sitt stöd för RCCs arbete med nivåstrukturering(2016-01-21).

**Uppföljning**

Regionala cancercentrum i samverkan kommer att följa upp landstingens/regionernas tillämpning av denna rekommendation.

Som en första del i uppföljningen önskar samverkansgruppen att landsting/regioner inkommer med tagna beslut om att godkänna och tillämpa dessa rekommendationer senast 1 juni 2016 till *SKL att: RCC i samverkan Gunilla Gunnarsson, Avd för vård och omsorg, 118 82 Stockholm.*

RCC i samverkan avser även att två år efter driftstart följa upp de nationella vårdenheternas arbete och resultat samt även följa upp hur den regionala rekommendationen har hanterats i sjukvårdsregionerna.

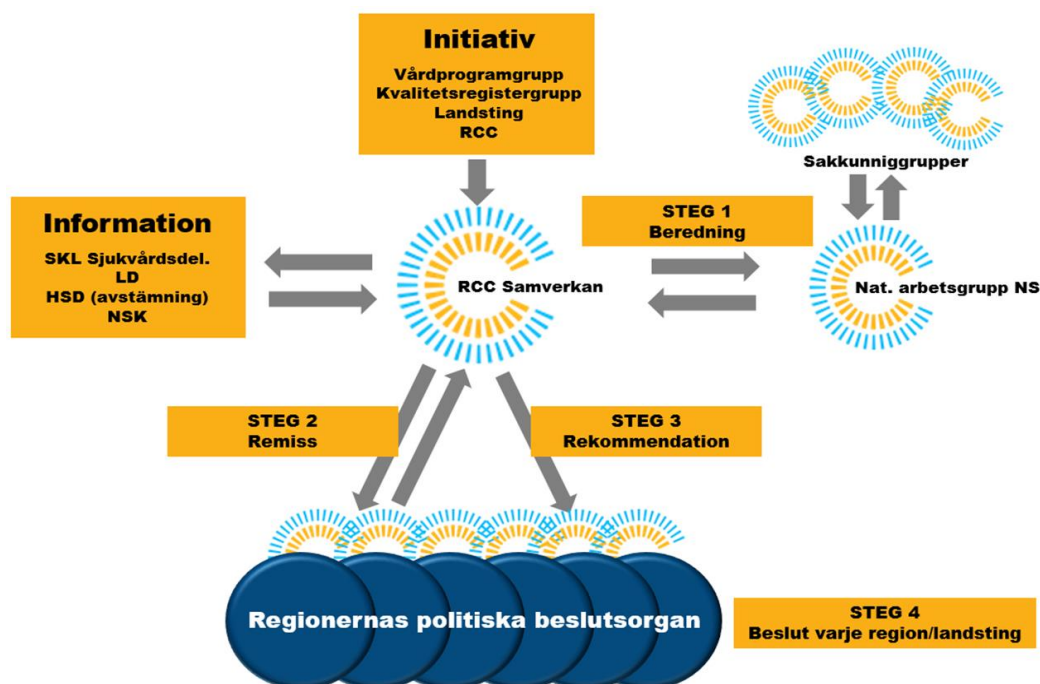
## Bakgrund

I överenskommelsen mellan SKL och staten har RCC i samverkan uppdraget att arbeta med nivåstrukturering på nationell nivå. De första årens arbete har redovisats i rapporten: *Nivåstrukturerad cancervård för patientens bästa*, SKL 2013. I rapporten fastslås bland annat:

”Utvecklingen inom cancervården präglas av en uttalad kunskapsutveckling. Introduktion av nya komplexa teknologier för diagnostik och behandling ställer krav på samverkan i team med företrädare för flera specialiteter. Etablering av sådana behandlingsteam är en stor investering som bör vara tillgänglig för ett så stort patientunderlag som möjligt. Den vidare utvecklingen av vården förutsätter fortlöpande utbildning av behandlingsteam och en stark klinisk forskning. Detta gynnas av en vårdstruktur som innebär att färre vårdgivare utför denna vård åt fler patienter. Flera studier har också visat ett samband mellan volym och kvalitet. En annan tydlig utveckling är patienternas ökande krav på delaktighet.”

Under de första årens arbete genomfördes en inventering av tänkbara områden för nivåstrukturering. Pilotprocesser genomfördes med sakkunniguppdrag inom tre områden och en arbetsordning för det fortsatta arbetet med nationell nivåstrukturering föreslogs.

## Handläggningsgång



Som modellen ovan beskriver inleds den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter, utsedda av respektive RCC och förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats.

Sakkunniggruppen bedömer vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten. Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledning och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till regionerna/landstingen.

Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda. Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan sedan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. Varje landsting/region avgör om beslut ska tas av tjänstemannaledning eller politisk ledning samt om beslutet ska tas i varje landsting eller på sjukvårdsregionsnivå.

En nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer har genomförts och två nationella vårdenheter har uppdraget sedan 1 januari 2015, Skånes Universitetssjukhus, Malmö samt Universitetssjukhuset, Örebro.

Under våren 2015 sakkunnigbedömdes sju områden som under hösten 2015 remissbehandlades av huvudmännen.

Inkomna remissvar och ansökningar om nationella vårdenheter har bedömts av arbetsgruppen för nationell nivåstrukturering. Bedömningen har enbart grundats på vad som framkommer i ansökan. Medlemmarna i den nationella arbetsgruppen har individuellt bedömt samtliga ansökningar. Bedömningen har utgått från den mall för ansökan som RCC i samverkan fastslagit där varje huvudpunkt liksom slutligen helheten bedömts utifrån begreppen: ”stark, acceptabel, svag”. Stor vikt har lagts vid beskrivningen av *hela* vårdprocessen ur ett patientperspektiv där mallen anger de detaljer som särskilt ska uppmärksammas i den del av vårdprocessen som utgör det nationella uppdraget. Av betydelse för bedömningen av helheten i en sammanhållen vårdprocess har också varit att samtliga delar av vårdprocessen belysts på ett likartat sätt, såväl avseende kirurgiska som icke kirurgiska delar. Nationella arbetsgruppen har fört en ingående gemensam diskussion där styrkor och svagheter i varje ansökan i detalj diskuterats. Grundat på helhetsbedömningen har arbetsgruppen rangordnat ansökningarna.

Baserat på inkomna remissvar och ansökningar och den nationella arbetsgruppens beredning har RCC i samverkan utformat denna beslutsrekommendation.

I samtliga remissvar och ansökningar om nationell vårdenhet för matstrupscancer har den nära kopplingen mellan kirurgisk behandling av matstrups- och magsäckscancer poängterats. Under hösten 2016 har kirurgi vid magsäckscancer sakkunnigbedömts. Sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer har även poängterat den nära kopplingen mellan cancer i matstrupe och magsäck. RCC i samverkan har därför inkluderat magsäckscancer i denna beslutsrekommendation för matstrupscancer, där sakkunnigutlåtandet avseende magsäckscancer finns bilagd, **bilaga 1**.

Beslutsrekommendationerna, som avser kurativt syftande behandling, omfattar cancer i matstrupe och magsäck, analcancer, vulvacancer, isolerad hyperterm perfusion och cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan.

En sammanfattande beskrivning av handläggningsgång, volymer, nuläge, remissförslag och beslutsrekommendationer finns i **bilaga 2**, bildspel/ppt-fil.

Samtliga remissvar samt ansökningar om nationella vårdenheter finns publicerade här:

<http://www.cancercentrum.se/samverkan/vara-uppdrag/nivastrukturering/>

Här finns också en sammanfattande beskrivning av hur RCC arbetar med nivåstrukturerings.

RCC i samverkan har för närvarande bordlagt frågan om rekommendation avseende sarkom i avvaktan på ytterligare förtydliganden avseende verksamhetsinnehåll för regionala respektive nationella vårdenheter.

Bilagor:

1. Sakkunnigutlåtande magsäckscancer
2. Nationell nivåstrukturerings: underlag, beslut, remiss. ppt

## *Nivåstrukturering av ventrikelcancer*

### **Utlåtande från sakkunniggrupp oktober 2015**

#### **Uppdraget från RCC Samverkan**

Att utgöra sakkunniggrupp och bereda frågan om någon del av ventrikelcancerprocessen anses vara aktuell för nationell nivåstrukturering

#### **Sakkunnig gruppen**

Michael Hermansson, kirurg, RCC Syd, ordförande  
Didrik von Porat, patientrepresentant  
Ulrika Smedh, kirurg, RCC Väst  
Maria Albertsson, onkolog, RCC Syd-Öst  
Magnus Nilsson, kirurg, RCC Stockholm-Gotland  
Bengt Wallner, kirurg, RCC Norr  
Jakob Hedberg, kirurg, RCC Uppsala-Örebro

MH, US, MN, BW och JH sitter i styrgruppen för vårdprogrammet och kvalitetsregistret.

#### **Arbetet med uppdraget**

Gruppen har haft ett fysiskt möte under kirurgveckan i Örebro. Då beslutades om de stora linjerna i svaret och uppdrag delades ut till deltagarna i gruppen att skriva utkast till olika kapitel. Texterna har sedan sparats i en gemensam drop-box mapp så att alla har haft möjlighet att läsa och kommentera alla texter och vi har haft diskussioner via mail.

Utlåtandets struktur följer den mall som bifogats uppdragsbeskrivningen från RCC Samverkan. Utlåtandet avslutas med kommentar från patientrepresentant.

#### **Sammanfattning av utlåtande**

Ventrikelcancer drabbar cirka 500 svenskar årligen och incidensen är sjunkande sedan 70-talet. Av dessa blev under tiden 2011-14 i medeltal 140 patienter per år föremål för kurativt syftande kirurgi enligt nationellt kvalitetsregister för esofagus och ventrikelcancer (NREV).

- Gruppen är *enig* om att ingen annan del av ventrikelcancer processen än kurativt syftande kirurgi bör diskuteras för nationell nivåstrukturering.
- Arbetsgruppen är *oenig* i frågan om kurativt syftande kirurgi bör utföras på färre än sex enheter i landet och i denna del lämnas därför två separata svar. Dessa

separata svar inkluderar även diskussion kring konsekvenser av nivåstrukturering för vårdgivare, patienter och närstående samt effekter på FoU och kompetensförsörjning.

Övriga delar av svaret är gemensamt.

- Gruppen är *enig* om att kurativt syftande kirurgi för ventrikelcancer inte ska utföras på fler än en enhet per RCC region.
- *Patientrepresentanten* anser att diskussionen under vårt möte präglades av en begränsad öppenhet för nytt tänkande och en hög grad av försvar av särintressen och etablerade strukturer. Han upplevde att gruppens medlemmar fokuserat på att försvara sin regions etablerade vårdlösningar utan att på allvar analysera alternativ. Han anser att ventrikelcancerkirurgi bör nivåstruktureras, i första hand regionalt och därefter vidare diskussion kring behov av ytterligare nivåstrukturering.

## Vårdprocessbeskrivning

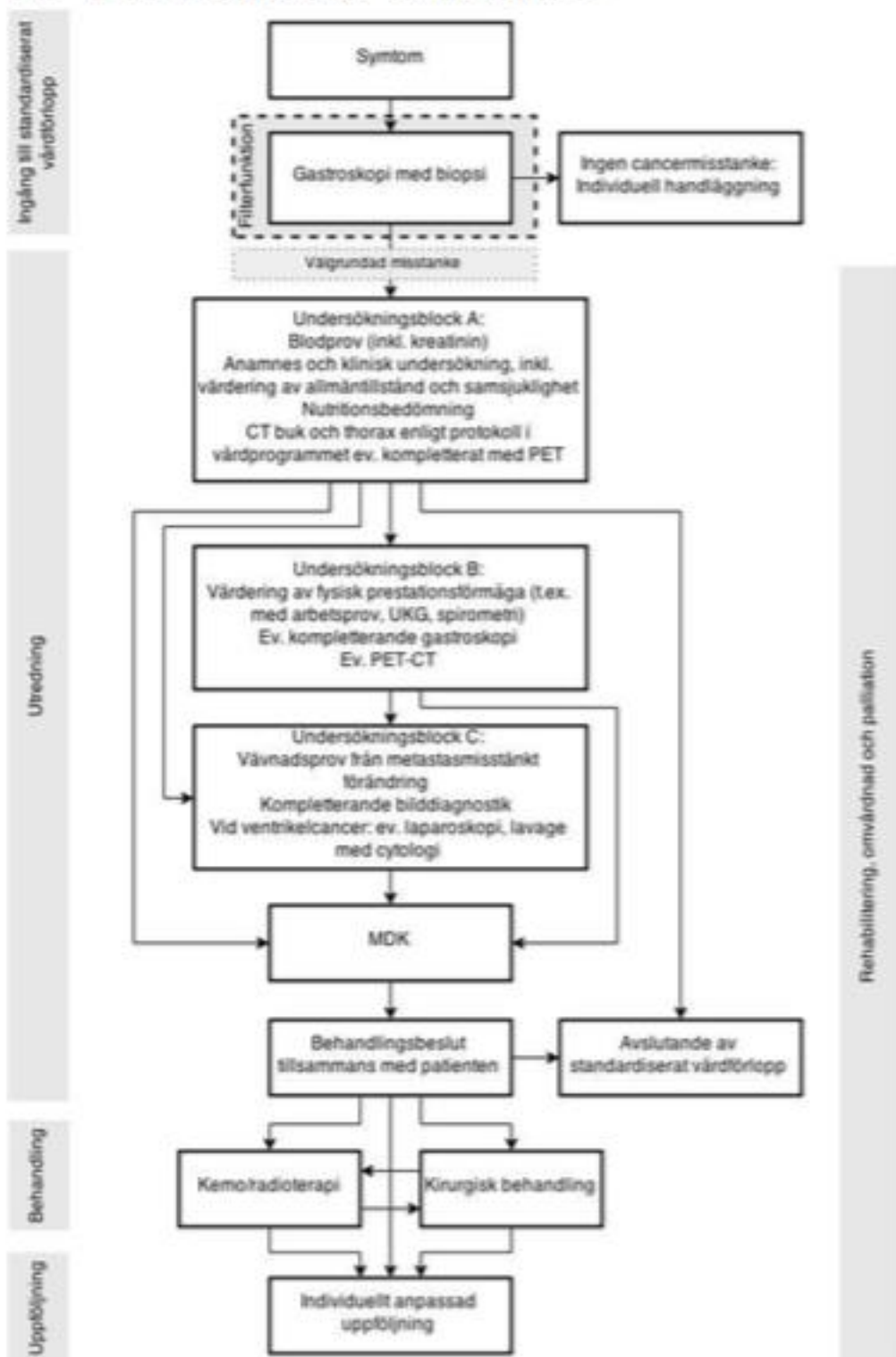
För ventrikelcancer har tagits fram ett standardiserat vårdförlopp (SVF) som godkänts av, så vitt vi vet, alla landsting i landet. Här beskrivs patientens resa från symtom till terapistart (se figur nedan). Här finns även angivet optimala ledtider, kommunikationsbehov, omvårdnadsbehov och rehabiliteringsbehov i varje steg av processen. Kontaktsjuksköterska och koordinator har viktiga funktioner i att hålla ihop processen och stå för kontinuitet för patienten och säkra överlämningar när patienten byter ansvarig klinik.

Uppföljning efter behandling är inte beskriven i SVF. I det nationella vårdprogrammet för esofagus-ventrikelcancer finns en relativt löst hållen rekommendation för hur detta bör se ut. Under kommande år kommer vår nationella registergrupp att organisera en temadag kring uppföljning och rehabilitering som ska mynna ut i nya rekommendationer i vårdprogrammet. Vår bedömning är att detta kommer att leda till en mer multidisciplinär och individanpassad uppföljningen än tidigare där nya nätverk mellan olika specialiteter kommer att behöva byggas. Det kommer även att ställa högre krav på samverkan mellan slutenvård och primärvård samt mellan landsting och kommun.

Rekommendationer kring palliativ vård finns beskriven i nationellt vårdprogram. Omfattningen av palliativ vård har ett stort spann som spänner från *best supportive care* till avancerad onkologisk och/eller kirurgisk behandling. Utvecklingen går mot mer aktiv behandling även av palliativa patienter vilket ställer stora krav på en hög kompetent multi-disciplinär beslutsprocess.

Även här är samarbetet mellan slutenvård och primärvård samt mellan landsting och kommun viktigt för att patienten ska bli bra omhändertagen. Kvalitén på denna vård varierar sannolikt i landet bland annat beroende av hur man lokalt utvecklat dessa nätverk.

## 1.7 Flödesschema för vårdförloppet



## Nivåstrukturering

### Regionalt genomförd nivåstrukturering

#### Nivåstrukturering i RCC Syd

Den regionala process ledaren i RCC Syd har under ett par års tid drivit frågan om att nivåstrukturera den kirurgiska behandlingen av ventrikelcancer regionalt. Man har haft möten med alla klinikchefer och lokala processledare i regionen och frågan har diskuterats på regionala processmöten. En rapport om förutsättningarna för nivåstrukturering har lämnats till RCC Syd.

Sjukhus som opererar ventrikelcancer (exklusive cardia) och årliga volymer är följande i Rcc Syd enligt NREV:

Lund (15)

Kristianstad (3)

Karlskrona (5)

Växjö (3)

Sammanfattningsvis kan man konstatera att inget landsting i regionen har för avsikt att sluta operera ventrikelcancer, en uppfattning som är förankrad lokalt både i profession och i linjeorganisationer. Kirurger på länssjukhusen är även mycket tveksamma till att delta i en regional MDK eftersom man är rädd att det i förlängningen ska leda till att man blir av med ventrikelcancerkirurgin.

Förutsättningar för att genomföra regional nivåstrukturering av ventrikelcancerkirurgin inom RCC Syd bedöms som dåliga. Någon regionövergripande struktur som kan besluta om och genomdriva en nivåstrukturering finns inte.

#### Nivåstrukturering i RCC Stockholm-Gotland

I Stockholm läns landsting genomfördes 2005, dvs för ganska precis 10 år sedan, en regional nivåstrukturering av merparten av den högspecialiserade övre abdominella cancerkirurgin. Vid det tillfället bestämde landstingsledningen att all kurativt syftande kirurgi för tumörer i lever, bukspottskörtel och matstrupe endast skulle utföras på Karolinska Universitetssjukhuset. Ett omdiskuterat undantag från den då genomförda centraliseringen var kurativt syftande kirurgi vid magsäckscancer, som fortfarande bedrivs på fyra sjukhus i Stockholms län. Således delas den årliga volymen i regionen om ca 40-50 operationer med botande intention för magsäckscancer mellan Karolinska Universitetssjukhuset (ca 20 operationer per år), Danderyds sjukhus (ca 10 operationer per år), Södersjukhuset (ca 10 operationer per år) och Capio St. Görans sjukhus (ca 5 operationer per år). Sammantaget saknas alltså regional nivåstrukturering för ventrikelcancerkirurgi i Stockholm-Gotlandsregionen.

## Nivåstrukturering i RCC norr

I "Nivåstruktureringsplanen för cancervården i norra regionen 2013" beslutade Norrlandstingens Regionförbund att all kurativt syftande kirurgi av esofagus- och ventrikeltumor ska utföras vid NUS. Detta är i princip implementerat, men en viss eftersläpning har förkommit.

## Nivåstrukturering i RCC Uppsala-Örebro

Uppsala-Örebroregionen har cirka 2 miljoner invånare. Den RCC struktur som är uppbyggt avspeglas endast till del i den kliniska rutinen. En nivåstrukturering över tid är tydlig och pågående. Av de ventrikeltumor ingrepp som utfördes i regionen 2014 gjordes 13 i Uppsala (stigande från cirka 10 per år senaste femårsperioden), nio i Örebro (stigande från cirka sex fall per år senaste femårsperioden). Ytterligare två sjukhus i regionen gjorde fem respektive tre operationer (tabell nedan från den regionala NREV- rapporten Uppsala/Örebro 2014 <http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsregisterrapport-matstrups-magsackscancer-2014.pdf>).

	2010-2014			2014		
	Esofagus	Ventrikel	Totalt	Esofagus	Ventrikel	Totalt
<b>Sjukhus</b>						
Akademiska sjukhuset	72	49	121	17	13	30
Central sjukhuset i Karlstad	5	40	45	0	5	5
Centrallasarettet i Västerås	5	20	25	1	3	4
Falu lasarett	0	11	11	0	0	0
Gävle sjukhus	8	6	14	0	0	0
Hudiksvall Sjukhuset	0	4	4	0	0	0
Karlskoga lasarett	0	1	1	0	0	0
Lindesbergs lasarett	0	1	1	0	0	0
Mora lasarett	0	4	4	0	0	0
Mälarsjukhuset, Eskilstuna	0	8	8	0	0	0
Nyköpings lasarett	0	1	1	0	0	0
Sjukhus utanför regionen	36	12	48	9	3	12
Sjukhuset i Arvika	0	2	2	0	1	1
Örebro Universitetssjukhus	46	32	78	5	9	14
<b>Totalt</b>	<b>172</b>	<b>191</b>	<b>363</b>	<b>32</b>	<b>34</b>	<b>66</b>

Avseende den MDK-logistik som ligger till grund för patientomhändertagandet i regionen har vårdprogramgruppen på RCC arbetat för att göra detta mer regionövergripande.

Örebro län har ett välfungerande samarbete med Karolinska sjukhuset utanför regionen och handlägger fallen i samråd med detta center med video-MDK.

Således finns förutsättningar för ytterligare regional nivåstrukturering om linjeorganisationer och den politiska styrningen så önskar.

### Nivåstrukturering i RCC Väst

I Västra regionen är Regional nivåstrukturering för kirurgisk behandling av ventrikelcancer genomförd.

All elektiv ventrikelcancerkirurgi är helt koncentrerad till SU-Sahlgrenska sedan den 1 januari 2015. Även all kurativt syftande ventrikelcancerkirurgi från Halland opereras sedan ett år tillbaka på SU-Sahlgrenska. Sedan flera år är all esofagus- och pankreascancerkirurgi redan koncentrerad till SU-Sahlgrenska. SU-Sahlgrenska har också s.k. "sista utposten"-uppdrag för regionen inom esofagus- och ventrikelcancerkirurgi och full beredskap för detta.

Under 2014 skedde en process för regional omstrukturering av all cancerkirurgi. Då ventrikelcancerkirurgi bedrevs i mycket liten utsträckning (0-6 ingrepp per år och sjukhus i regionen, cirka 15-20 ingrepp per år på SU) bedömdes detta inte vara tillräckligt för att vare sig upprätthålla medicinsk kvalitet, kompetens eller skapa ny kompetens på de enskilda regionala sjukhusen. Ventrikelcancerkirurgin förlades till SU-Sahlgrenska eftersom även esofagus- och cardiacancerkirurgi är regionalt koncentrerad dit.

Patienterna utreds enligt standardiserat vårdförlopp, utredande enhet är läns- och länsdelssjukhus. Utredningen koordineras via en lokal koordinator. Ansvarig kirurg remitterar sedan patienten till MDK som äger rum på SU-Sahlgrenska och alla enheter i regionen deltar via videolänk. Deltar gör kirurger, onkologer, kontaktsjuksköterskor och radiolog. Efter MDK informeras patienten av ansvarig kirurg på hemorten och patienter som skall erbjudas få kurativt syftande behandling har dagen efter MDK informationsbesök hos ansvarig kirurg, SU-Sahlgrenska för behandlingsbeslut. Onkologisk medicinsk behandling ges på hemortssjukhuset då detta innebär mervärde för patienten som besparas resor. Strålbehandling ges huvudsakligen på SU-Sahlgrenska. Uppföljning efter operation sker vid ett första återbesök på SU-Sahlgrenska för PAD besked, därefter fortsatt vid hemkliniken. Palliativa patienter handläggs av hemsjukhuset.

### *Erfarenheter av regional koncentration av elektiv cancerkirurgi:*

Möjliga konsekvenser av att koncentrera den kirurgiska verksamheten diskuterades inom professionen innan förändringen genomfördes. Den positiva och övervägande konsekvens som lyftes fram var förbättrad cancervård som man redan konstaterat i samband med att regional koncentration av pancreascancerkirurgi och esofagus- och cardiacancerkirurgi genomförts några år tidigare. Den främsta farhågan var att man regionalt skulle riskera tappa kirurgisk kompetens framförallt inom akut kirurgisk verksamhet (ulcuskirurgi, trauma).

För att motverka kompetensförlust har ett program för specialister inom kirurgi startats. Kirurg som handlägger patientgruppen vid regional enhet som så önskar kan under 3-6 månader tjänstgöra på Övre gastrosektionen, SU och delta i all verksamhet avseende cancer i övre magtarmkanalen samt traumakirurgi i viss mån. Hittills har 2 specialister genomgått det mycket framgångsrika programmet som i praktiken innebär 2-3 stora ingrepp i veckan varje vecka under 3-6 månader, samt deltagande i alla beslutskonferenser, handläggning, peri- och postoperativt omhändertagande samt i traumakirurgisk jourverksamhet. Detta har medfört en ökad kirurgisk kompetens hos deltagande kollegor, förbättrat regionalt samarbete och samsyn kring handläggning. Regionalt baserad kirurg som så önskar är även välkommen att medverka vid operationen av dennes patient på SU.

En bas för en fungerande regional omstrukturering har i Västra Regionen även varit en regiongemensam multidisciplinär konferens dit alla patienter med cancerdiagnosen anmäls. Följande sjukhus deltar på videolänk: Halmstad, Varberg, Alingsås, Kungälv, NÄL, Östra sjukhuset, Borås, SU-Sahlgrenska. Den regionala videolänkade MDK är en viktig utbildningsfaktor, och har inneburit en förbättrad bedömning av patienterna (Färre patienter med spridd sjukdom går till explorationskirurgi).

Regional kompetens har också bibehållits genom att patienterna utreds regionalt på sitt hemsjukhus och vårdas där under den senare postoperativa perioden, genom ett aktivt regionalt professionellt nätverk, och genom regionala övre gastro-kirurgiska konferenser som hålls varje år. Konsekvenser av den regionala koncentrationen av ventrikelcancerkirurgi har därmed snarast blivit förbättrade möjligheter till effektiv utbildning för övre gastro-inriktad kirurg regionalt. Ur kvalitetshänseende innebär förändringen även att fler patienter kommer att kunna ingå i kliniska studier och en förbättrad cancerkirurgisk kvalitet för patienten.

### Nivåstrukturering i RCC Sydöst

Alla patienter diskuteras på MDK konferenser och 64% av operationerna sker i Linköping/Norrköping.

Övriga opererade enheter:

Jönköping/Eksjö/Värnamo 3 fall

Västervik 1 fall

Kalmar 9 fall

(registerdata från 2014)

Det finns en samsyn från hela regionen förutom Kalmar att centralisera alla fall till Linköping och att mera aktivt driva kliniska studier, forsknings och utvecklingsarbete. Patienterna utreds enligt ett standardiserat vårdförlopp. Ansvarig kirurg remitterar patienten till MDK som äger rum i Linköping. Alla enheter i regionen deltar via videolänk. Deltar gör kirurger, onkologer, kontaktsjuksköterskor och radiolog. Patient informeras av ansvarig kirurg på hemorten och remittering sker till Kir Klin i Linköping. Onkologisk rutinbehandling ges på hemorten. Patienter som ingår i Onkologiska eller kirurgiska Utvecklingsprojekt alt kliniska studier remitteras och behandlas i Linköping. Stråbehandlingskapacitet finns i Linköping (intern o extern RT, bracyterapi), Kalmar (extern RT), Jönköping (extern RT).

Palliativa patienter handläggs av hemsjukhuset.

## **Nationell nivåstrukturering**

### ***Genomförd***

Det finns ingen nationell nivåstrukturering genomförd inom detta område. Gruppen är *enig* om att ingen annan del av ventrikelcancer processen än kurativt syftande kirurgi bör diskuteras för nationell nivåstrukturering.

Arbetsgruppen är *oenig* i frågan om kurativt syftande kirurgi bör utföras på färre än sex enheter i landet och i denna del lämnas därför *två separata* svar, ett från *RCC Uppsala-Örebro, RCC Norr och RCC Syd-Öst* och ett från *Region Syd, Region Väst och Region Stockholm-Gotland*.

De fakta som presenteras i respektive svar står för dessa författare och inte för sakkunnig gruppen i sin helhet

### ***Föreslagen nationell nivåstrukturering från RCC Uppsala-Örebro, RCC Norr och RCC Syd-Öst***

Av flera skäl anser vi att ventrikelcancer inte bör vara föremål för nationell nivåstrukturering.

För det första anser vi att det är konstlat att utvärdera ventrikelcancer för sig och esofagus cancer för sig, då dessa cancerformer har mycket gemensamt, både beträffande utredning och behandling, och då dessa cancerformer oftast handläggs av samma team. Redan i samband med arbetet med Nationell nivåstrukturering av esofagus cancer framfördes kritik angående detta.

För det andra upplever vi inte att det framförts några tungt vägande skäl till varför en nationell nivåstrukturering har ansetts nödvändig.

Det vanligaste skälet som framförts har varit en hänvisning till den i litteraturen befintliga evidensen. Att den kirurgiska volymen är av stor vikt har ingen ifrågasatt, och inte heller att en nivåstrukturering kan behövas. Inom många regioner i Sverige är denna kirurgi dock ännu inte centraliserad regionalt, och någon klar evidens för att det existerar en volymsbrytpunkt som skulle kräva att nivåstruktureringen behöver genomföras på nationell nivå, har ej kunnat presenteras. Eftersom både kort- och långsiktig mortalitet efter kirurgi kan antas ha ett samband med den träningsmängd enskilda kirurger får är frågan belyst i många vetenskapliga publikationer. I en sammanställning av 19 av dessa studier fann man ett volym-utfallssamband i tio. Olika metodologi och antal ingående patienter (mellan 405 och 23690 patienter per studie) kan tydliga slutsatser vara svåra att dra från denna sammanställning<sup>1</sup>. Olika sätt att

kvantifiera volym gjordes och "högvolum" definierades som allt från "högsta kvintil" till ">21 ingrepp per år". Det innebär i princip att en regional nivåstrukturering skulle göra alla Sveriges opererande centra till högvolumscentra i jämförelse med denna tillgängliga litteratur. I vårt nationella register ser vi en tydlig trend mot att kirurgi för ventrikelcancer håller på att centraliseras. Dock finns det fortfarande 15 sjukhus som gör färre än 5 resektioner per år och fem kliniker gjorde bara en resektion för ventrikelcancer 2013-2014. Man bör därför satsa på regional nivåstrukturering inom den befintliga RCC strukturen. Detta för att uppnå optimering av patientflöden och omhändertagande, fortsatt nationellt och internationellt samarbete kring forskning och utveckling liksom optimering av kunskapsutbyte och resursutnyttjande nationellt via de befintliga nätverk som byggts upp.

Mortaliteten i Bares sammanställning som nämnts ovan varierade mellan 0,8 % och 24,5%. Sverige har en mortalitet på cirka 5 % efter ventrikelcancerkirurgi och i endast två av 19 studier återfanns lägre siffror<sup>1</sup>. De svenska siffrorna kan vi lätt följa i vårt nationella register. I en jämförelse mellan Sverige, Danmark, Nederländerna och Holland hade Sverige längst postoperativ mortalitet: "Sweden had lower postoperative mortality rates than the other countries, even after adjustment for case mix, without performing surgery in high-volume institutions. High-quality healthcare with nationwide quality assurance programmes might have contributed to the these results".

2

Antalet ventrikelresektioner har sjunkit med 22 % senaste decenniet<sup>3</sup>. Dock görs cirka 5/100 000 invånare totalt sett i landet. I en region med 1 miljon invånare blir det alltså cirka 50 resektioner varav några för cancer, och några av andra skäl<sup>4</sup>. Att lyfta ur organkompetensen ur dessa regioner skulle ha långtgående effekter. Den pågående centraliseringen har gått olika långt i olika regioner, men man kan inte se några regionala skillnader avseende postoperativ dödlighet i registret.

I Sverige finns en struktur med universitetssjukhus som kunskapsnav i en region. Överlagrat denna struktur har man med riktat resurstillskott byggt upp en RCC-organisation med vårdprogramgrupper för bland annat magsäckscancer. De MDK som diskuterar patienter med magsäckscancer administreras från universitetssjukhus där kompetens för kurativ kombinationsbehandling finns. Att bryta upp denna infrastruktur vore resursslöseri. Ett nationellt nätverk för kunskapsspridning mellan dessa vårdprogramgrupper finns i och med den nationella styrgruppen. Med cirka 140 operationer per år kommer alla dessa RCC-regioner att komma väl över 20 resektioner av magsäckscancer (inklusive cancer i övre magmunnen) om den regionala nivåstruktureringen går vidare. Kompetensen som idag utvecklats i samverkan med RCC är ett kontinuerligt långsiktigt utvecklingsarbete förvärvat under decennier och bygger på personliga engagemang. Risker att raserar ett långsiktigt kompetensbyggande genom strukturella organisationsförändringar måste beaktas.

I och med att det trots flera år av minskande antal enheter som bedriver denna kirurgi, är en fullt genomförd regional nivåstrukturering en omfattande förändring som i sig blir en stor utmaning att vinna gehör för hos profession och huvudmän. Detta är ett arbete som pågår. Att nivåstrukturera över dessa sex centra skulle innebära en ytterst radikal nyorganisation av remissvägar, MDK-logistik, vårdprogramgrupper och RCC-struktur och risk för förlorad organkompetens i vissa regioner. Allt detta för en vinst som man

inte kan vara säker på att kunna få. Låt oss istället kraftsamla på den regionala nivåstruktureringen och utvärdera resultatet av denna.

Med en optimal regional nivåstrukturering kan alla patienter snabbt komma till diagnos och behandling, som lever upp till standard of care. Detta utan att tappa de utbyggda kanaler ut i regionerna som byggts upp, bland annat med hjälp från RCC.

### Kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Avseende utbildning är det en bred fråga. Region- och universitetssjukhusen har en central roll i utbildning av läkare, sjuksköterskor, dietister och andra professioner som har stor betydelse för omhändertagandet av de som drabbas av magsäckscancer. Detta är en hörnsten för långsiktig kompetensförsörjning för flera led i omhändertagandet av cancerpatienter. Vid ett beslut att nivåstrukturera kirurgin av dessa tumörformer nationellt, är risken stor att de medarbetare som har esofagus- och ventrikeltumörkirurgi som sitt specialområde kommer att fly de regioner som blir av med verksamheten, vilket således skulle få till följd att dessa regioner förlorar sin organkompetens inom dessa områden. Möjligheten att bygga upp ny kompetens blir i princip inte möjlig, då den kirurgi som ger basen för kompetensen är borta. Kirurger med kompetens inom esofagus- och ventrikeltumörkirurgi är redan idag en bristvara i Sverige, så även att lösa problemet med stafetter kommer sannolikt av vara problematiskt. Avseende de kirurger som arbetar med ventrikeltumörkirurgi bör en intern nivåstrukturering genomföras så att detta hamnar på få händer per centrum, men minst fyra individer för att undvika sårbarhet. Även detta är en organisatorisk utmaning men har sannolikt en betydande effekt för kvaliteten på vården. För att optimera kunskapsöverföring och en öppen attityd i riket är det också centralt att man är överens om att kvaliteten på denna vård ska finnas i hela landet så att fruktbara samarbeten och utbyten kan fungera.

### Klinisk forskning

Det är centralt att de centra som handlägger denna ovanliga sjukdom är forskningsaktiva. Det sker bäst med en kombination av lokala, nationella och internationella projekt. Dessa nätverk behöver stärkas och faciliteras och här kan RCC spela en roll för att underlätta.

En stor utmaning vid forskning på ovanliga tumörformer är att nå ut med kunskap om pågående studier i hela landet så att inklusionstakten i studier inte blir för låg. Dagens Kliniska Prövningsverksamhet förutsätter Kliniska Prövningscentra som idag finns på Onkologklinikerna. För att alla patienter i riket ska kunna nås av spetsforskning är det viktigt att slå vakt om denna struktur som byggts upp med stort engagemang under lång tid.

### Konsekvensbeskrivning för vårdgivare, patienter och anhöriga

I maj 2011 beslöt regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting att påbörja ett arbete med nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta och särskilt svårbehandlade

cancersjukdomar. En medicinsk sakkunniggrupp gav förslag på 3 pilotprojekt; peniscancer, mjukdelstumörer bakom bukhålan, så kallade retroperitoneala sarkom, och matstrups- och övre magmuncancer.

Behandlingen av både peniscancer och retroperitoneala sarkom kan ses som relativt isolerade företeelser, som inte i stora mått påverkar sjukvården i övrigt, och kan därför lämpa sig för en diskussion ett sådant pilotprojekt innebär. Handläggningen av esofagus- och ventrikeltumörer är däremot intimt förknippat med sjukvården i övrigt, både den elektiva och den akuta, och kan därför svårigen särskiljas från denna. Förändringar avseende handläggningen av dessa cancerformer kan därför inte bara ses som något som berör den nationella cancerstrategin, utan riskerar även att få stora konsekvenser för vården i övrigt. Att man valt att särskilja esofagus- och cardiatumörer från rena ventrikeltumörer är problematiskt, då många moment beträffande kirurgin är mer eller mindre identiska. Den utvidgade lymfkörtelutrymningen i övre bukhålan (DII-resektion), som ofta är tekniskt utmanande, och som införts i Sverige under det senaste decenniet efter japansk förebild, ingår i bägge dessa ingrepp. Förutom dessa tekniska aspekter, har det sedan många år tillbaka skett en förändring av incidensen av dessa tumörformer i hela västvärlden, där esofagus- och cardiacancer ökar, medan ventrikeltumörer minskar. Att sluta operera esofagus- och cardiatumörer kommer därför med största sannolikhet även att innebära att man på sikt blir tvungen att sluta operera ventrikeltumörer.

De benigna rutiningrepp som utförs på esofagus och ventrikel handlar främst om obesitaskirurgi och antirefluxkirurgi. Denna kirurgi utförs på ett stort antal sjukhus i samtliga regioner. Dessa ingrepp är dock mycket standardiserade och ger inte samma breda organkompetens som den onkologiska kirurgin. Om komplikationer till den benigna kirurgin uppstår, är det de centra som utför den maligna kirurgin som är den naturliga kontakten för remittering.

Det samma gäller även vid vissa akuta ingrepp. Exempel på patientgrupper som riskerar att få en sämre vård innefattar komplikationer till annan kirurgi, trauma som involverar övre bukhålan, blödande magsår, brustna magsår, Boerhaave (spontan esofagusperforation), samt inklämda bräck på övre magmunnen.

De medarbetare som har esofagus- och ventrikeltumörkirurgi som sitt specialområde, är ofta även de medarbetare som har den största endoskopiska kompetensen inom området. Detta gäller både diagnostik, och palliativa åtgärder, som exempelvis stentbehandling. En förlorad organkompetens kommer således inte bara att drabba behandlingen av olika benigna sjukdomar, utan det finns även en risk att både diagnostik och palliation av esofagus- och ventrikeltumörer kommer att påverkas negativt.

Den onkologiskirurgiska kompetensen i de regioner som förlorar esofagus- och ventrikeltumörkirurgin kommer av förklarliga skäl att drabbas menligt. Kirurgin och onkologin ingår som delar i det team som handlägger och behandlar dessa patienter. Behandlingen kan behöva justeras pga olika omständigheter, och ett nära samarbete mellan onkologer och kirurger är därför av yttersta vikt för att slutresultatet ska bli optimalt. Flyttas kirurgin finns stor risk att denna dialog kommer att försvåras.

Det finns idag väl fungerande vårdkedjor inom regionerna, med fungerande informationskanaler. Dessutom har nätverk av kontaktssjuksköterskor, dietister och

andra professioner byggts upp med hjälp av RCC. Vidare finns en infrastruktur för resor och anhörigboende som är välfungerande i regioner med långa avstånd. Ur ett patientperspektiv kan man således sannolikt finna fördelar med att ha kvar kirurgin i samtliga regioner, då detta möjliggör en mera sammanhållen vårdkedja genom dessa redan upparbetade samarbetsrutiner.

Syftet med en centralisering av esofagus- och ventrikelcancerkirurgin är att höja kvaliteten på cancervården, även om någon klar evidens för detta inte har kunnat förevisas. Som vi ovan redogjort för riskerar dock denna åtgärd att medföra försämringar både för cancerpatienter och för stora grupper av andra patientgrupper. Det finns således en risk att en åtgärd som görs för att höja kvaliteten på cancervården, i stället riskerar att försämra delar av den samma.

Sammanfattningsvis anser vi således att esofaguscancer och ventrikelcancer bör bedömas gemensamt, och att denna kirurgi bör utföras i varje sjukvårdsregion. Med ett sådant beslut finns förutsättningar till en mer sammanhållen vårdkedja genom redan upparbetade samarbetsrutiner och riskerna med att bryta upp välfungerande vårdkedjor minskar. Samarbete och samsyn mellan enheter, förekomst av fungerande MDK, register och teamarbete utgör grunden för god kvalitet. Svensk sjukvård håller god internationell klass avseende kirurgi av esofagus-ventrikelcancer och data från NREV (Nationella kvalitetsregistret för esofagus- och ventrikelcancer) visar inte på någon säker kvalitetsskillnad mellan de sju universitetssjukhusen.

1. Bare M, Cabrol J, Real J, Navarro G, Campo R, Pericay C, Sarria A. In-hospital mortality after stomach cancer surgery in Spain and relationship with hospital volume of interventions. *BMC Public Health* 2009;**9**: 312.
2. Dikken JL, van Sandick JW, Allum WH, Johansson J, Jensen LS, Putter H, Coupland VH, Wouters MW, Lemmens VE, van de Velde CJ, van der Geest LG, Larsson HJ, Cats A, Verheij M. Differences in outcomes of oesophageal and gastric cancer surgery across Europe. *Br J Surg* 2013;**100**(1): 83-94.
3. Sundbom M, Hedberg J. Trends in Use of Upper Abdominal Procedures in Sweden 1998-2011: A Population-Based Study. *World J Surg* 2013.
4. Sundbom M, Hedberg J. Geographical differences in upper abdominal resectional surgery and high-volume procedures in Sweden during 2009-2011. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2014;**49**(2): 246-252.

## ***Föreslagen nationell nivåstrukturering från Region Syd, Region Väst och Region Stockholm-Gotland***

Hela denna sakkunniggrupp är enig om att ventrikelcancer kirurgi bör nivåstruktureras ytterligare jämfört med dagens nivå men vi är oense om hur många enheter vårt land kan hysa med tanke på patientvolymen.

Vi anser att kurativt syftande ventrikelcancer kirurgi bör nivåstruktureras till inte fler än fyra centra i Sverige. Idag utförs denna kirurgi på 31 olika enheter i landet där endast tre enheter gör fler än 15 ingrepp/år (Årsrapport NREV 2014).

Bakgrunden till vår ståndpunkt är följande:

### Vårdkvalitet

Det är idag mycket svårt att göra några egentliga jämförelser av vårdkvalitet och utfall baserat på enskilda centers verksamhet eftersom att operationsvolymerna per enhet är så små. Det är därför tyvärr svårt att idag identifiera de faktorer som behöver förbättras vilket är till nackdel för patienten. De små kirurgiska volymerna på respektive enhet gör det också svårt att införa modernare teknologi och nya kirurgiska behandlingsmetoder på ett så säkert sätt som möjligt.

### Samband mellan volym och utfall

Den vetenskapliga litteraturen kring nyttan av höga volymer inom kirurgisk verksamhet i förhållande till kort och långsiktigt utfall av kirurgin är entydig. Högre volymer ger bättre utfall.

Att systematiskt återge kunskapsläget skulle bli allt för omfattande för detta remissvar utan vi hänvisar till de statliga utredningar som är gjorda i form av SBU:s rapport 2014 om samband mellan sjukhus/kirurg volym och kvalitet samt utredningen om högspecialiserad vård som leds av Måns Rosén. I SBU:s rapport visade samtliga systematiska översikter utan undantag ett positivt samband mellan volym och utfall (Rosén et al. Läkartidningen. 2015;112:DDYI). Det finns mycket lite publicerat explicit för ventrikelcancer men rimligen bör frågan om volym kontra utfall inom kirurgin vara allmängiltig.

Sakkunniggruppen är ense om att det finns ett samband mellan volym och utfall men vi är oense om var brytpunkten är, det vill säga hur många fall man ska göra föra att det inte ska bli ytterligare kvalitetsförbättring om man fortsätter att öka volymen per enhet. Vi anser att denna brytpunkt är betydligt högre än vad man tidigare trott. Anledningen till att studier där man undersökt samband mellan volym och utfall för denna och andra ovanliga cancer operationer, ger låga brytpunkter är att inga av de enheter som studerades hade höga volymer. Detta gör att man inte kan påvisa hur utfallet skulle

blivit med högre volymer och det har lett till att man diskuterar ganska låga brytpunkter på ca 15- 20 operationer per enhet. Studier för andra typer av operationer där man kan titta på betydligt högre volymer visar att utfallet förbättras med högre volym även i dessa intervall (Rosén et al. Läkartidningen. 2015;112:DDYI).

### Kompetensförsörjning

För att säkra kompetensutveckling för alla professioner som är nödvändiga för optimal handläggning av denna patientgrupp krävs högre volymer än vad som idag är fallet på majoriteten av de enheter som opererar ventrikelcancer. För att kunna bedriva en verksamhet som med rimlig marginal säkrar tillgång på kompetenta kirurger på en enhet så bör finnas minst tre till fyra kirurger som kan utföra ett specifikt ingrepp. Då klarar man frånfall av en kirurg och på kort sikt även av två. För att dessa individer ska få adekvat träning anser vi att landet inte kan härbärgera fler än 4 enheter med tanke på nuvarande volymer.

### Resursutnyttjande

Att bygga en enhet för avancerad cancerkirurgi kräver att man bygger upp specialkompetenser inom flera olika professioner. Det kräver även att komplexa nätverk och flöden etableras inom slutenvård och mellan slutenvård och öppenvård. Med små volymer blir dessa nätverk sköra eftersom de ofta bygger på enstaka individer. Det kan räcka med att en person flyttar för att verksamheten ska hotas och därmed stora investeringar gå om intet.

### Forskning och utveckling

Ventrikelcancer tillhör gruppen ovanlig cancer enligt definition i grupperingen "Rare cancer Europe". Denna grupp rapporterar att överlevnad i gruppen ovanlig cancer är sämre än för andra cancerformer och som orsak anger man bland annat att för få kliniska studier utförs. I Sverige är det framförallt den patientnära forskningen som tappat mark, detta finns beskrivet både i Vetenskapsrådets rapport "den kliniska forskningens kris och pris" och i en senare statlig utredning ledd av Olle Engkvist. Idag finns möjlighet till registerbaserade studier för patientgruppen med ventrikelcancer, men kliniskt patientnära forskning är inte möjlig att genomföra på så väldigt små material som opereras per center idag (Fig. 19). Särskilt eftersatt är nödvändig patientnära klinisk forskning på ventrikelcancer som bedöms botbar.

Att bedriva multicentrisk forskning är komplicerat och har också begränsningar. Det är därför vår bedömning att ökade volymer per enhet skulle leda till fler studier med högre kvalitet.

Utveckling och utvärdering av nya metoder är mycket svårt på enheter där man opererar färre än ett ingrepp per månad vilket är fallet på 90 % av enheter som idag opererar ventrikelcancer i Sverige.

## Utbildning och fortbildning

Som en del i ett nationellt uppdrag bör nationella enheter tillhandahålla utbildnings- och fortbildningsplaner för ST läkare och specialister i sitt upptagningsområde. Eftersom ett nationellt center kan erbjuda stora volymer så kommer läkare som tillfälligt kommer dit för utbildning att under kort tid få se mycket. Detta anser vi ger bättre förutsättningar för lärande än om dessa fall kommer med gleasa intervall på hemsjukhuset.

## Konsekvenser för vårdgivare av nivåstrukturering

Den mest påtagliga potentiellt negativa effekten är *påverkan på jourverksamheten*. När kirurgin av cancersjukdomar nivåstruktureras riskerar man tappa kompetens som lokalt kan handlägga akuta åkommor inom respektive område. Vi anser att en nationell enhet som en del i sitt åtagande ska tillhandahålla en *sista utposten-funktion* inom sitt område 24/7/365. Akuta sjukdomar inom detta område som kräver subspecialistkompetens akut är relativt ovanliga och en *sista utposten-funktion* anser vi skulle säkra god vård även för dessa akuta patienter. Det är också viktigt att nationell enhet axlar ansvar vad gäller fortbildning för specialister för framförallt bakjournskompetens. För detta behöver fortbildningsprogram och riktad kursverksamhet inrättas.

*Svårigheter att nyrekrytera* pga att man blir mindre attraktiv som arbetsgivare för kirurger anges ofta som en risk. Detta tror vi är en i diskussionen överdriven och på sin höjd tillfällig konsekvens. Dels är volymerna i de allra flesta fall redan nu mycket låga. Dels måste ju enheter som inte längre utför denna kirurgi planera sin verksamhet därefter och rekrytera personal som vill syssla med den verksamhet som motsvarar enhetens uppdrag. När det gäller benign kirurgi inom detta område anser vi att även denna bör bli föremål för nationell centrumbildning eftersom volymerna, i likhet med cancerkirurgin, är små.

*Påverkan på forskning och utbildning inom ventrikelcancerområdet på enheten*. Redan idag är volymerna allt för små för att någon internationellt sett konkurrenskraftig patientnära forskning skall kunna bedrivas förutom möjligen på de tre största enheterna och då i multicenterform. Nivåstrukturering innebär att konkurrenskraftig patientnära forskning kommer att möjliggöras. Dessutom kan positiva effekter på fortbildning och utbildning samt FoU av nivåstrukturering som beskrivs ovan, förväntas ske.

## Möjliga konsekvenser för vårdgivare som tar emot ökade volymer av ventrikelcancerkirurgi

*Nyrekryteringsbehov och ökning av fysiskt utrymme* är en tänkbar följd. För de största enheterna i landet blir den procentuella volymsökningen vid nationell nivåstrukturering i den nu föreslagna storleksordningen inte större än att man bör kunna hantera detta utan problem. Om man skulle besluta om endast 1-2 enheter i landet så skulle sannolikt signifikanta tillskott av både fysiskt utrymme och personella resurser krävas.

*Undanträngningseffekter.* Samma resonemang som ovan, dvs detta är framförallt en risk i ett scenario med endast 1-2 enheter i landet. Sjukhuset kan då behöva lämna ifrån sig andra diagnosgrupper för att klara sitt nationella uppdrag.

### Möjliga konsekvenser för patienter och närstående

Patienten kan komma att få sin operation utförd längre bort från hemmet än i nuläget. Patientföreträdare har tydligt deklarerat att man vill få sin canceroperation utförd på enhet där detta kan ske med maximal kvalitet. Avståndet till opererande sjukhus anses vara av underordnad betydelse eftersom det rör sig om en engångsföreteelse.

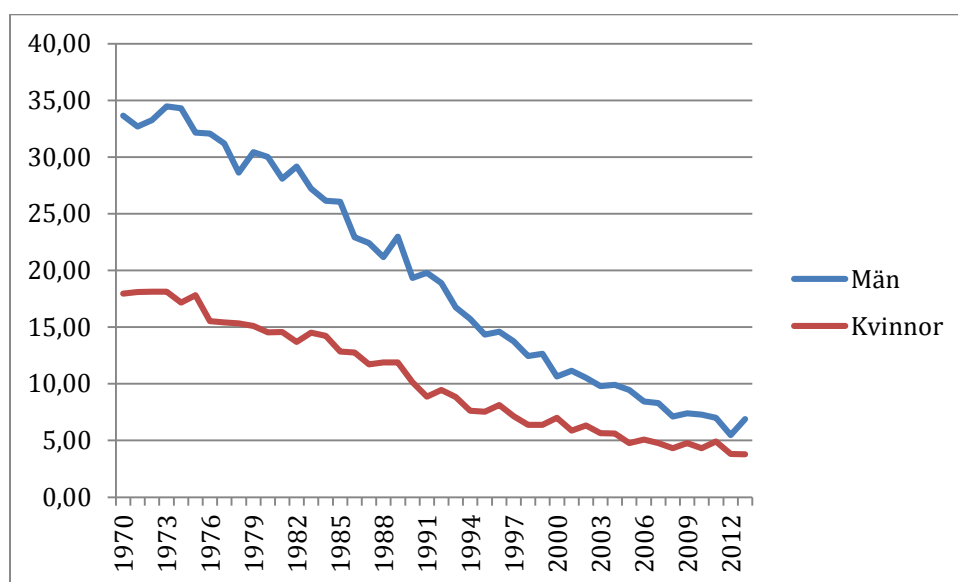
Om en nivåstrukturering inte genomförs riskerar ventrikelcancerpatienterna att inte få bästa möjliga kvalitet på den kirurgiska vården.

## Vårdvolymer

### Vårdvolymer- hela vårdprocessen

Om man räknar bort kardiacancer drabbades i Sverige 514 personer år 2013 av mer distal ventrikelcancer varav 308 var män och 206 kvinnor (*Cancer Statistics Sweden 1958-2009. The National Board of Health and Welfare, 2011*).

Figur 3 visar en tydligt sjunkande incidens (mätt som antal fall per 100 000 personår, åldersstandardiserat för befolkningen i Sverige år 2000) för ventrikelcancer (borträknat kardial) i Sverige mellan 1970 och 2013. Det föreligger ingen signifikant incidens skillnad mellan regionerna.

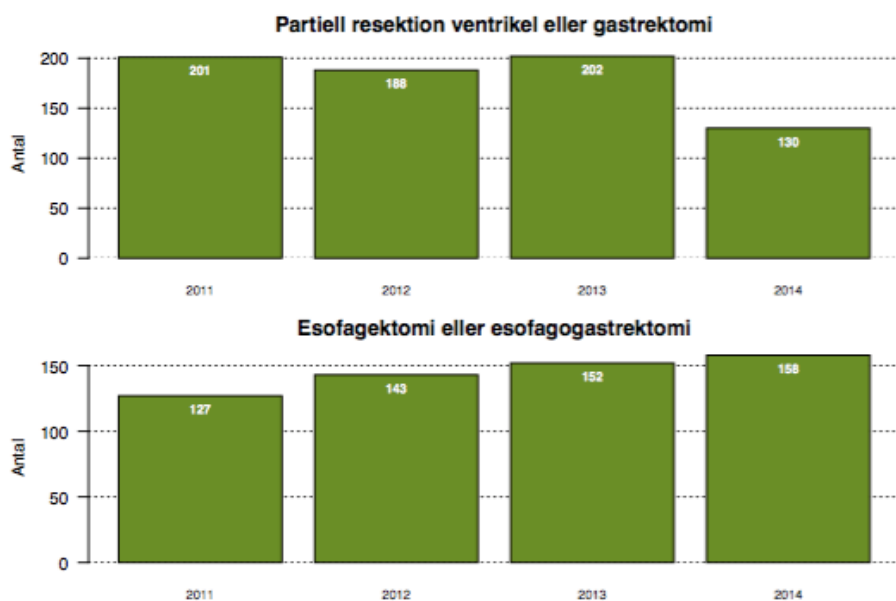


Figur 3. Incidens för adenocarcinom i ventrikeln (borträknat kardial) i Sverige 1970-2013, åldersstandardiserad för befolkningen år 2000.

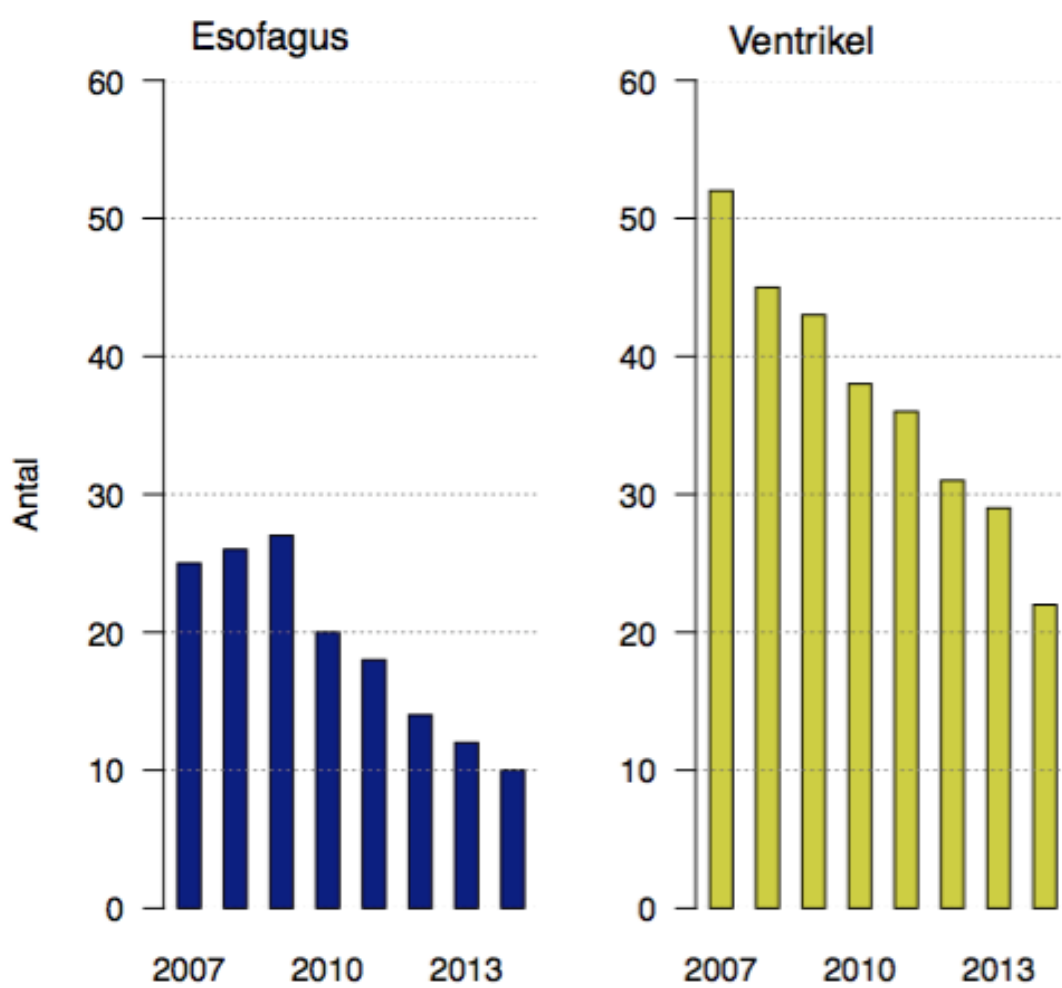
Data hämtat från Socialstyrelsens hemsida (<http://192.137.163.49/sdb/can/val.aspx>)

### Vårdvolymer- föreslagen nivåstrukturerad insats

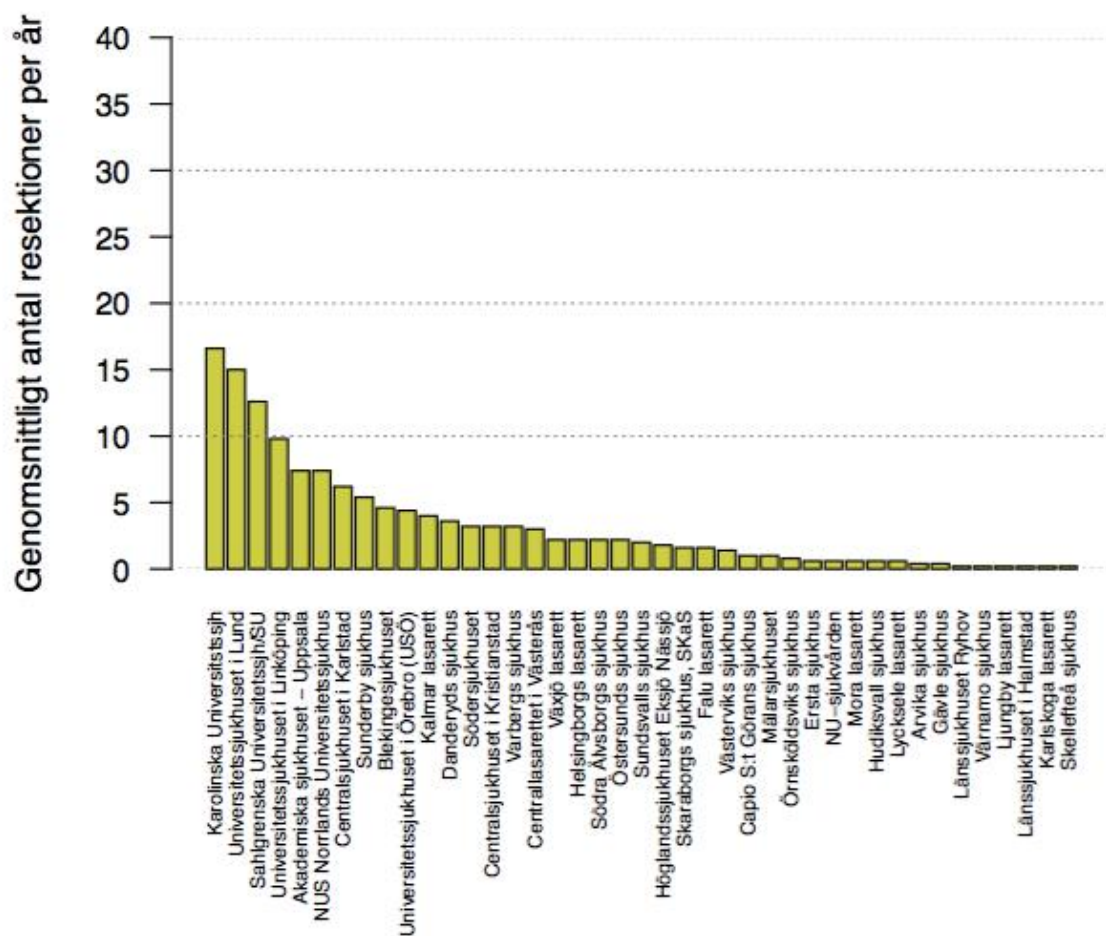
Under tiden 2011-14 utfördes enligt vårt nationella register i medeltal 140 ventrikelresektioner per år (cardia ej inräknat) i Sverige. Dessa utfördes på 41 olika sjukhus (fig 19). Antalet centra har minskat under perioden (fig 21) men observera att värdet från 2014 är underskattat på grund av eftersläpning i inrapportering. Antalet operationer per år i Sverige har varit stabilt för ventrikelcancer (fig 16). Observera att variabeln "partiell resektion ventrikeln eller gastrektomi" inkluderar även kardiacancer.



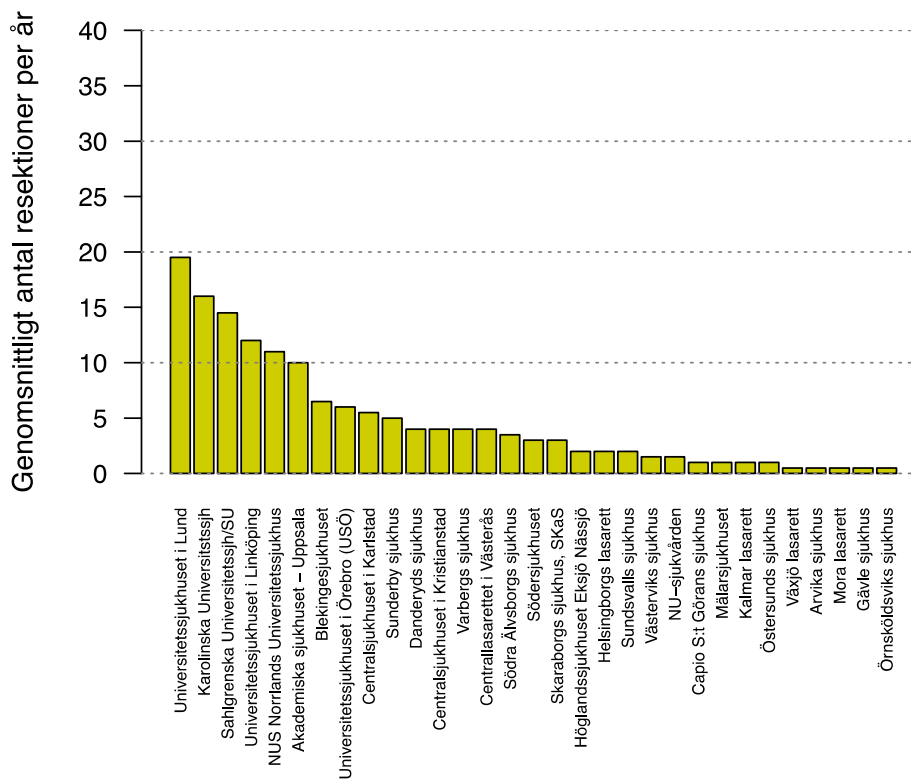
Figur 16. Antal endoskopiska resektioner, partiella resektioner ventrikel eller gastrektomier respektive esofagektomier eller esofagogastrektomier för operationsår 2011-2014. Antalet operationer 2014 kan vara underskattad på grund av eftersläpning i registreringen.



Figur 21. Antal kliniker som utför resektion uppdelat på operationsår.



Figur 19. Genomsnittligt antal registrerade ventrikelsektioner per operationsår för perioden 2011 - 2014.



Figur 20. Genomsnittligt antal registrerade ventrikelsektioner uppdelat på klinik för 2013 - 2014. Endoskopiska resektioner typ EMR och ESD ingår ej.

## Best practice för kurativ syftande kirurgisk behandling vid ventrikelcancer

För behandling av tidig ventrikelcancer, det vill säga tumörer begränsade till slemhinnan, är endoskopisk resektion av slemhinnan, sk mukosektomi förstahandsbehandling. Vid fortfarande botbar, men mer avancerad ventrikelcancer, är huvudbehandlingen resektion av hela eller distala magsäcken samt omfattande utrymning av definierade lymfkörtelstationer. Det finns idag övertygande bevis för att cytostatikabehandling före och efter denna typ av kirurgi ytterligare förbättrar möjligheten till bot.

Målsättningen med kirurgin vid ventrikelcancer är att ta bort all tumörvävnad med säker marginal, med minsta möjliga skadliga inverkan på patienten. I praktiken innebär detta att borttagande av primärtumören med god marginal, samt utrymning av definierade näraliggande lymfkörtelstationer med risk för metastaser, alltid eftersträvas.

Mönstren för spridning till regionala lymfkörtelstationer är väl kartlagda i ett flertal vetenskapliga artiklar från Japan. Man kan utifrån dessa data förutsäga risken för metastaser i enskilda lymfkörtelstationer utifrån primärtumörens läge och utbredning. Utifrån dessa kunskaper har man definierat olika grader av lymfkörtelutrymning beroende på risken för spridning till lymfkörtlarna vid olika primärtumörstadier. Utrymning av enbart de mest tumörnära lymfkörtlarna, där det alltså är störst risk för metastaser, kallas för D1 och praktiseras vid tumörer i slemhinnan där endoskopisk resektion av olika skäl inte varit lämpligt. Resektion av såväl de närliggande D1-körtlarna samt de något mer avlägsna körtlarna längs de stora artärstammarna runt magsäcken kallas för D2 och är numera den typ av lymfkörtelutrymning som rekommenderas såväl i Sverige som i de flesta andra länder vid de vanligast förekommande stadierna av botbar magsäckscancer. Resektion av magsäcken med D2-lymfkörtelutrymning är ett mycket komplext ingrepp som kräver omfattande utbildning och träning och har i många vetenskapliga publikationer visats medföra hög risk för komplikationer och död efter kirurgin. Dock finns idag tydliga belägg för att D2-utrymning kan göras med acceptabel komplikationsrisk och med bättre långtidsprognos än vid mindre omfattande körtelutrymning.

Under de senaste åren har allt fler centra runt om i världen övergått till minimalinvasiv teknik, sk laparoskopisk resektion. Med denna teknik kan samma onkologiskt effektiva operation genomföras med mindre trauma för patienten, vilket i praktiken innebär färre komplikationer och snabbare återgång till god livskvalitet med bibehållen möjlighet till långsiktig tumörfrihet. Även i Sverige har en del centra övergått till huvudsakligen laparoskopisk ventrikelcancerkirurgi.

För mer detaljerad information om *best practice* vid ventrikelcancerkirurgi hänvisas till det nationella vårdprogrammet.

## Redovisade nationella kvalitetsdata

Den stora majoriteten av patienter som diagnosticeras med ventrikelcancer i Sverige registreras i det nationella kvalitetsregistret för esofagus och ventrikelcancer (NREV). Data i detta register har en hög validitet och täckningsgrad, men det finns för närvarande en eftersläpning som gör att analyserna sker med viss fördröjning.<sup>1</sup>

NREV publicerar årligen rapporter med information om incidens, behandlingspanorama och utfall bland annat i form av väntetider, komplikationer och överlevnad (<http://www.cancercentrum.se/samverkan/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/>). Nedan följer några valda delar ur denna i punktform:

- Täckningsgraden är över 90% i riket
- Andel av patienter som dras på MDK varierar mellan regionerna (15%-61%)
- Tid från diagnos till behandlingsbeslut är i median cirka 17 dagar, inga regionala variationer ses.
- Andelen patienter som opereras med borttagande av hela, eller del av magsäcken är cirka 40%
- 2013 gjordes dessa operationer på 29 sjukhus i landet
- En tydlig trend mot minskat antal sjukhus som gör denna kirurgi ses
- Mellan fyra och sju sjukhus per region genomför denna kirurgi 2013
- Andelen patienter som opereras "radikalt" det vill säga med tumörfria gränser är cirka 80 % i landet utan synliga skillnader mellan regioner
- Andelen lymfkörtlar undersökta av patolog skiljer något mellan regionerna.
- Vårdtiden efter operation är i genomsnitt 11 dagar utan större variationer mellan regionerna
- Andel döda inom 90 dagar är cirka 5 % utan synliga regionala mönster
- 5-årsöverlevnaden vid ventrikelcancer som opereras är knappt 40% utan skillnad mellan regionerna eller mellan kön.

1. Linder G. The Swedish National Registry for Esophageal and Gastric cancer-NREV, completeness timeliness and validity. *Manuscript* 2015.

## **Kvalitetsdata i verksamhetsförbättring och uppföljning av mål**

### RCC Syd

Definition av mål och uppföljning av dessa sker i samarbete med RCC Syd och beskrivs av den regionale processledaren i deras rapporter.

Kvalitetsdata används för verksamhetsförbättring genom arbete i den regionala- och de lokala processgrupperna.

### RCC Uppsala-Örebro

Den regionala rapporten från Uppsala/Örebroregionen finns på

<http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/matstrupe-och-magsack/kvalitetsregister/nationell-kvalitetsregisterrapport-matstrups-magsackscancer-2014.pdf>

Denna uppdateras årligen och diskuteras vid årliga möten med representanter från alla landsting i vårdprogramgruppen. Vi ser då tydligt hur våra ledtider ser ut och var kraftsamling behövs. Vi har också diskuterat vidare regionalt samarbete mellan patologer för att minska risken för onödigt långa ledtider här på grund av lokal patologbrist.

Den regionala årsrapporten används av vårdprogramgruppen för esofagus- och ventrikelcancer i Uppsala-Örebroregionen som bas för förbättringsarbeten. Detta har resulterat i högre antal undersökta lymfkörtlar på vissa ställen och en ytterligare regional nivåstrukturering.

### RCC Stockholm-Gotland

Den regionala vårdprogramgruppen träffas fyra gånger årligen och följer då upp täckninggraden i NREV. Vid det vårdprogramgruppsmöte som infaller närmast efter publikationen av NREVs årsrapport diskuteras regionens resultat jämfört med övriga landet. Särskilt fokus har under det senaste året legat på uppföljning av ledtider inför införandet av det standardiserade vårdförloppet.

### RCC Norr

Årligen anordnas ett Regionmöte i Norra regionen då resultat från NREV redovisas, och diskussion förs kring konsekvenser av dessa. Vidare sker ett utbyte av information om nya tekniker etc. Vid dessa möten förs även dialog mellan de olika vårdgivarna i Norra regionen med avsikt att förbättra kvaliteten och logistiken avseende dessa patienter. Dessa möten hålls vart annat år i Umeå, och cirkulerar vart annat år mellan de andra sjukhusen i regionen.

### RCC Syd-Öst

Vi har regelbunden genomgång av våra resultat inom ramen för kvalitetsarbete för ST läkare. 2014 års data esofagus och ventrikelcancer genomgås nu av ST-läkare. Fram till 2013 publicerat (Esofaguscancer; Oxaliplatin lika bra som cisplatin men tolereras bättre. A Papakonstantinou, M Albertsson; Onkologi i Sverige 5, 44 – 50, 2013).

Vi har sedan tre månader en INCA rapportör anställd på kliniken vilket innebär att vi kommer att kunna kvalitetsuppfölja ett ännu bättre sätt.

### RCC Väst

Det pågår ett aktivt och kontinuerligt arbete för att upprätthålla hög regional täckningsgrad i NREV. Kvalitetsdata används för verksamhetsförbättring såväl lokalt som regionalt. Avrapportering sker genom ett årligt regionmöte mellan Regional processägare, kvalitetsregisteransvarig och stödteamet från RCC Väst (statistiker, INCA administratör för NREV samt Regional utvecklingsledare) och vårdprocessgrupperna från varje regional enhet. Rapportering sker även i samband med att regional processägare och stödteam från RCC besöker varje regional enhet minst en gång per år i dialogmöten. Kvalitetsdata har också utgjort underlag i processen för regional koncentration av ventrikelcancerkirurgi i Region väst. I dagsläget pågår även ett arbete för framtagande av verktyg för översyn av ledtidsuppföljning i realtid där även patienten kan vara delaktig.

## Kompetenskrav för olika delar av processen

Här berörs enbart de kompetenser som är aktuella för den del av processen som diskuteras för nivåstrukturerings, det vill säga kurativt syftande kirurgi och den perioperativa delen av denna delprocess.

I det nationella vårdprogrammet för esofagus/ventrikelcancer framgår att "gastrektomi ska göras på centra med minst 15 sådana ingrepp per år". I övrigt definieras inte vilka specifika kompetenser som ska finnas på en opererande enhet. Här följer en lista över professioner som bör finnas för att det ska finnas förutsättningar för god kvalitet i processen.

- Övre-gastro specialiserade kirurger med stor vana av ventrikelcancerkirurgi som vid behov även kan operera i bröstkorgen. Det ska även finnas kompetens att handlägga kirurgiska komplikationer av olika svårighetsgrad både endoskopiskt och kirurgiskt.
- Kontaktsjuksköterskor med stor vana av att hantera de specifika problem som denna patientgrupp möter.
- Anestesi- och operationspersonal med stor vana av att hantera stora kirurgiska ingrepp på sköra patienter. Man behöver även ha kompetens att stänga av ena lungan i de fall ingreppet måste utvidgas till bröstkorgen.
- Sjukgymnast, avdelningspersonal och dietist med god vana av att hantera patienter som genomgått avancerade kirurgiska ingrepp och som är väl utbildade i de specifika problem som denna patientgrupp kan presentera.
- Interventionell radiologi som kan hjälpa i hantering av postoperativa komplikationer
- Patolog med specialintresse av cancer inom mag-tarm kanalen.
- Kurator

Angående krav på tillgänglighet så ska man kunna uppfylla kraven enligt standardiserat vårdförlopp för ventrikelcancer. Övre-gastro specialiserade kirurger enligt ovan ska finnas tillgängliga på telefon 24/7/365 och bör kunna infinna sig på enheten inom några timmar vid akut behov.

Samma krav gäller självfallet anestesi och operationspersonal.

Sjukgymnast eller motsvarande kompetens bör finnas även på helger för att säkerställa adekvat mobilisering under hela det postoperativa förloppet

## **Kompetensutveckling och kompetensförsörjning**

Detta beskrivs i de två separata svaren

## **Teknisk utrustning**

Detta är inte relevant för denna diagnos

## **Nationell multidisciplinär konferens**

Kompetenserna bör vara samma som för den MDK som beskrivs i SVF. Lämpliga fall för nationell konferens är speciellt komplexa fall.

Redan idag finns en nationell konferens för bland annat esofagus-ventrikel cancer som hittills organiserats via Huddinge. I dag deltar delar av landet men den kan vidareutvecklas till att fungera som en fullödig nationell konferens. Formerna för Nationell konferens och ansvarsfrågan behöver definieras tydligare.

## **Klinisk forskning**

Detta beskrivs i de två separata svaren

## **Konsekvensbeskrivning för vårdgivare respektive för patient/närstående**

Detta beskrivs i de två separata svaren

## Patientföreträdares kommentar

### Nivåstrukturerings Ventrikelcancer - ett patientperspektiv

Som patientföreträdare i RCCs arbetsgrupp "Nivåstrukturerings Ventrikelcancer" har jag blivit ombedd att ge min syn på förslagen presenterade av professionen i arbetsgruppen.

Generellt tvingas jag konstatera att diskussionen präglats av en begränsad öppenhet för nytt tänkande och en hög grad av försvar av särintressen och etablerade strukturer. Som lekman hade jag hoppats på att gruppen skulle ta tillfället i akt att tänka "out of the box" i en strävan att göra svensk cancervård ännu bättre. I stället upplever jag att gruppens medlemmar fokuserat på att försvara sin regions etablerade vårdlösningar utan att på allvar analysera alternativ.

Utan att försöka göra mig till talesman för alla patienter tror jag att jag vågar påstå att man som cancerpatient upplever dödsångest och är mycket rädd för att:

1. inte få behandling tillräckligt snabbt
2. inte få en fullgod och högkvalificerad vård
3. inte få stöd och hjälp i val av behandlingsform

Den uppfattning jag fått är att svensk cancersjukvårds nuvarande struktur fokuserar på närhet och lokal förankring. Detta bör tillgodose behovet av att behandling kan sättas in snabbt liksom stöd och hjälp men svarar inte med automatik på behovet av högkvalificerad vård.

Högkvalificerad kirurgi generellt bygger, enligt mitt synsätt, på krav på hög kompetens, rätta vårdresurser samt god praktisk erfarenhet av ingreppet. Som lekman kan jag inte i detalj värdera olika vetenskapliga studiers relevans vad gäller kopplingen mellan kirurgers/kirurgteams operationserfarenhet/operationsfrekvens, kompetens och patientens överlevnad/tillfrisknande. Generellt är jag dock övertygad om att hög erfarenhet/frekvens leder till bättre operationsresultat. Varför ska kirurgi skilja sig från all annan typ av arbete?

Jag är också övertygad om att svensk sjukhusvård av majoriteten av patienter uppfattas som statligt styrd utan lokala avgränsningar vad gäller vårdtillgänglighet vilket i realiteten kanske inte är fallet. De historiska landstingsgränserna får inte utgöra hinder för tillgång till bästa specialistvård, och ansvaret vilar tungt på SKL och andra centrala instanser för att överbygga detta.

#### *Slutsats:*

Baserat på ovanstående förespråkar jag en centralisering av ventrikelcancerkirurgi liksom av annan kvalificerad lågfrekvent kirurgi.

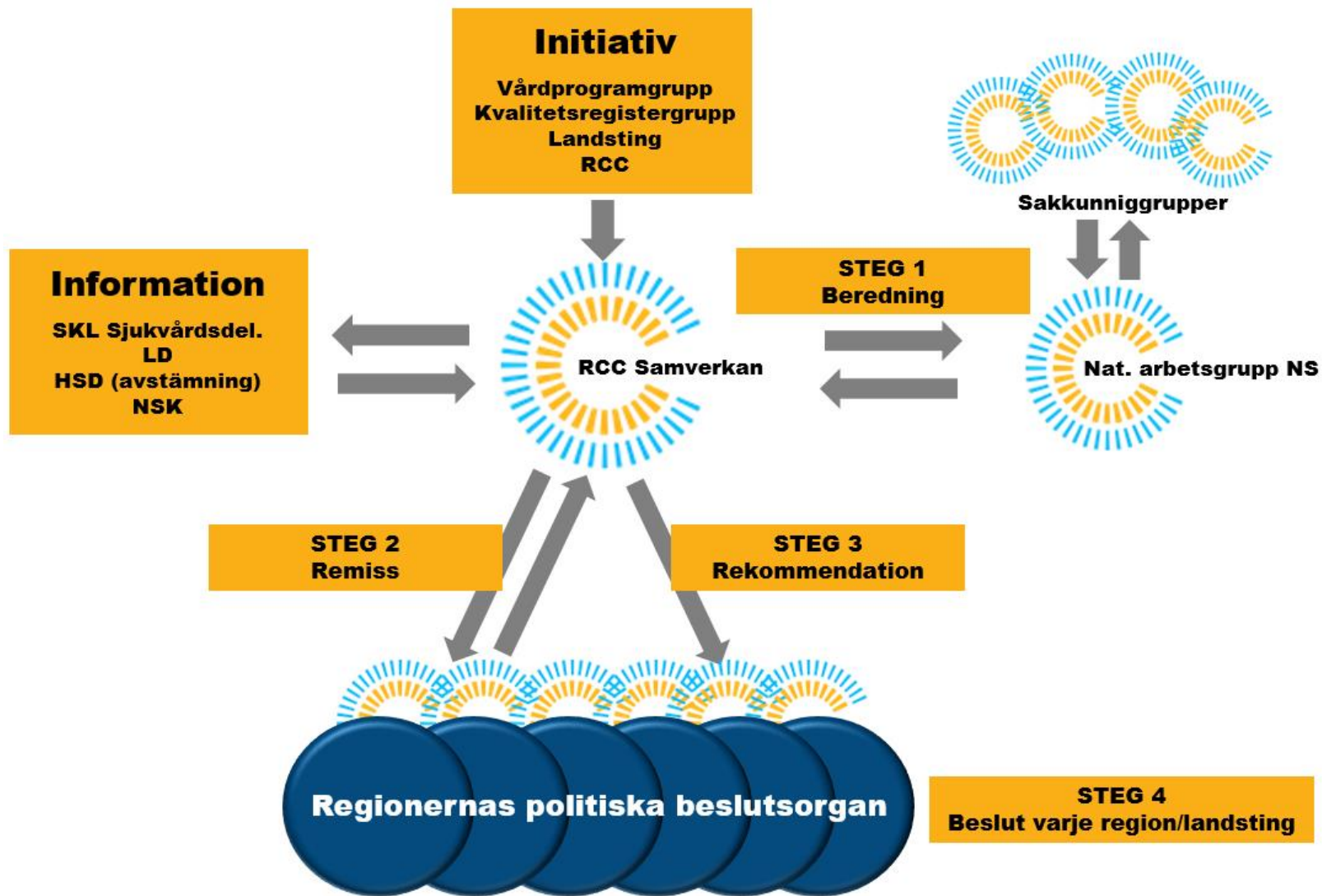
Jag saknar kompetens att bedöma om detta bäst sker genom en lösning med ett centrum per region (enl modell Västra Regionen) eller till bara ett par centra totalt för Sverige. Viktigt är dock att patientens krav på bästa möjliga vård inte blockeras av historiska organisationsstrukturer som inte matchar dagens krav.

Jag förespråkar därför att RCC/SKL i ett första steg snarast tar initiativ till att all ventrikelcancerkirurgi koncentreras till ett centrum per region, inom en tidsrymd av ett till max två år, samt att därefter en ny diskussion initieras för att se över om en ytterligare centralisering kan förbättra vården ytterligare.



# Nationell nivåstrukturering – rekommendation om beslut





# Handläggningsgång

- 7 jan** Information från SKL till nätverken och Sjukvårdsdelegationen.  
Information från RCC-chefer till RCCs styrgrupper.
- 11 jan** Förslag om åtgärder och antal blir offentliga. Nyhet på RCCs webb.
- 14 jan** NSK – ger stöd för nivåstrukturering generellt, önskar framtagande och beslut av uppföljning.
- 15 jan** Presentation för HSD, ID och LD. Muntlig info om förslag på nationella vårdenheter.
- 21 jan** Presentation för Sjukvårdsdelegationen på SKL.
- 21 jan kl 16** Första tidpunkt för offentlighet om föreslagna vårdenheter.  
Nyhet RCCs webb och SKL.

# Remissvar och ansökningar

- Samtliga sex sjukvårdsregioner har avlämnat gemensamma remissvar
- Därutöver har särskilda yttranden inkommit från några regioner/landsting
- Sydöstra sjukvårdsregionen har lämnat generella synpunkter
- Konsensus inom nationella arbetsgruppen och RCC i samverkan för presenterade rekommendationer
- Rekommendation om fullständig regional nivåstrukturering
  - Prioriterar att i ett första steg koncentrera den nuvarande, spridda, lågfrekventa verksamheten
  - Ska utvärderas efter 2 år
  - Kan innebära ett första steg till nationell nivåstrukturering efter utvärdering

# Analcancer

- **Volym:** Totalt ca 140 patienter/år
- **Nuläge:** Radiokemoterapi , ca 100/år, ges vid 10 kliniker  
Salvage kirurgi vid lokalrecidiv, ca 20/år, utförs vid minst 10 kliniker
- **Remiss:** Radiokemoterapi ges vid 4 nationella vårdenheter  
Salvagekirurgi utförs vid 2 nationella vårdenheter  
Nationell MDK införs vid definierade situationer

# Analcancer radiokemoterapi och kirurgi – Rekommendation

- **Sökande:** Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus (enbart radiokemoterapi), Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping
- **Rekommendation:**
  - Radiokemoterapi utförs vid 4 nationella vårdenheter.  
Uppdraget lämnas till Akademiska sjukhuset Uppsala, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.*
  - Kirurgisk behandling (salvage surgery) utförs vid 2 nationella vårdenheter.  
Uppdraget lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus.*

# Vulvacancer

- **Volym:** Totalt ca 150 – 190 patienter/år
- **Nuläge:** Behandling, kirurgisk och onkologisk sker vid de sju universitetssjukhusen samt vid länssjukhus i Karlstad och Karlskrona
- **Remiss:** Behandling ges vid minst 3 men högst 4 nationella vårdenheter  
Nationell MDK införs vid definierade situationer

# Vulvacancer – Rekommendation

- **Sökande:** Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping
- **Rekommendation:**  
*Behandling av vulvacancer ges vid 4 nationella vårdenheter.  
Uppdraget lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus och Universitetssjukhuset Linköping*

# Isolerad hyperterm perfusion

- **Volym:** Totalt ca 40 patienter/år
- **Nuläge:** All behandling koncentrerad till Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
- **Remiss:** Behandling ges vid en nationell vårdenhet  
Verksamheten ska etablera samverkan med någon eller några av övriga nordiska enheter  
Nationell MDK ska övervägas vid definierade situationer

# Isolerad hyperterm perfusion – Rekommendation

- **Sökande:**           Sahlgrenska Universitetssjukhuset

- **Rekommendation:**

*Behandling med isolerad hyperterm perfusion ska ges  
vid 1 nationell vårdenhet*

*Uppdraget lämnas till Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

# Cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, CRS/HIPEC

- **Volym:** Totalt ca 150 operationer/år  
Bedöms öka till ca 200/år
- **Nuläge:** All behandling koncentrerad till 4 vårdenheter  
Nationell MDK är införd för svårbedömda fall, utländsk expertis deltar.
- **Remiss:** CRS/HIPEC behandling ges vid 2 – 4 nationella vårdenheter  
Det slutliga antalet fastställs efter bedömning av inkomna ansökningar  
Nationell MDK ska finnas

# CRS/HIPEC – Rekommendation

- **Sökande:** Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus
  
- **Rekommendation:**  
*Behandling med cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan ges vid 4 nationella vårdenheter*  
  
*Uppdraget lämnas till Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus*

# Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och övre magmunscancer – Sakkunnigförslag

- **Volym:** Ca 170 fall/år.
- **Nuläge:** 2013 utfördes denna kirurgi vid 11 sjukhus. 3 sjukhus utförde > 20 ingrepp/år, 4 sjukhus utförde 10 – 20 ingrepp/år och 4 sjukhus utförde < 10 ingrepp/år.
- **Remiss:** Kurativt syftande kirurgi utförs vid 4 nationella vårdenheter.  
Nationell MDK

Ytterligare koncentration kan vara aktuell vid ovanligare och komplicerade situationer, i enlighet med det nationella vårdprogrammet

# Kurativt syftande kirurgi vid magsäckscancer – Sakkunnigförslag

- **Volym :** Ca 500 fall av magsäckscancer per år varav ca 140 – 150 genomgår kurativt syftande kirurgi.
- **Nuläge:** Enligt NREV utfördes i genomsnitt/år 2013-14:  
60% av op vid 7 universitetssjukhus, 9 – 20 op/sjukhus  
40 % av op vid 24 sjukhus, 1 – 5 op/sjukhus.
- **Förslag:** Enighet kring behovet av ytterligare koncentration av magsäckscancerkirurgi.  
Oenighet kring antalet enheter, 4 eller 6 vårdenheter.
- **Rekommendation:**  
*Förslaget bör bedömas tillsammans med förslag om kurativt syftande kirurgi vid matstrupscancer*

# Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer – Rekommendation

- Kurativt syftande kirurgi för bägge diagnoserna omfattar totalt ca 300 operationer i landet
- Rekommendationen grundas på en samlad bedömning av sakkunnigutlåtanden avseende matstrupscancer (2015-04-13) och magsäckscancer (2015-10-23) samt remissvar och ansökan avseende matstrupscancer (2015-10-30)
- Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer bör bedömas samlat
  - Skälen till detta är:
    - Ingreppen utförs av samma kirurgiska kompetensteam
    - Ingreppen kan ibland inte tydligt avgränsas från varandra
    - Tillsammans utgör området ett kirurgiskt organkompetensområde
    - En samlad organkompetens för kirurgisk behandling inom området bör finnas i varje sjukvårdsregion mht behov vid akuta kirurgiska ingrepp inkl komplikationskirurgi inom organområdet
    - Detta betonas i samtliga remissvar avseende matstrupscancer

# Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer – Rekommendation

- Sådana ovanligare och komplicerade situationer som kräver särskild spetskompetens vid operation av matstrupscancer
- Exempel på sådana ingrepp är:
  - » Hög cervikal esofagus cancer
  - » T4-tumörer med överväxt på omgivande organ som kräver multiviscerala resektioner efter onkologisk behandling
  - » Rekonstruktion efter livräddande resektion av esofagus/esofagussubstitut efter exempelvis postoperativ komplikation
  - » Rekonstruktion med mikrokärlansastomos, exempelvis fritt tunntarmstransplantat
  - » Behandling av esofago-respiratoriska fistlar utan samtidig extensiv tumörväxt
- Nationell MDK för dessa fall

# Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer – Rekommendation

- **Sökande:** Akademiska sjukhuset Uppsala, Karolinska Universitetssjukhuset, Norrlands Universitetssjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus, Universitetssjukhuset Linköping
- **Rekommendation:**
  - Kurativt syftande kirurgi vid matstrups- och magsäckscancer*
  - Regional nivåstrukturering till sex sjukhus dvs ett per region*
  
  - Kurativt syftande kirurgi för matstrupscancer vid definierade, ovanligare och komplicerade tillstånd till 2 nationella vårdenheter*
  - Nationellt uppdrag lämnas till Karolinska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus*

# Muskuloskelettala sarkom och buksarkom – Rekommendation

## Sökande:

- Nationell vårdenhet för sarkom: Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Skånes Universitetssjukhus  
Nationell vårdenhet för behandling av alla buk- och mjukdelssarkom (extremiteter, bröst-  
hals- och ländrygg): Universitetssjukhuset Linköping  
Nationell vårdenhet för vissa typer av sarkom baserade på specialkompetenser: Norrlands  
Universitetssjukhus

## Rekommendation:

- *Samverkansgruppen har beslutat att bordlägga ärendet som ska gå tillbaka till sakkunniggrupperna*
- *En plan bör finnas för nationell MDK och det bör tydligare redovisas vad de nationella enheterna ska utföra. Det ska också tydligt framgå vad som inte ska skickas till nationell enhet*
- *Samverkansgruppen återkommer således i frågan om sarkom*

# Arbetsgång

- RCC i samverkan beslutar om förslag till rekommendation för huvudmannabeslut dec-2015
- Förankring av förslag i HSD- och LD- nätverk samt sjukvårdsdelegationen januari 2016
- Beslutsförslag till huvudmännen februari 2016
- Beslut redovisade till SKL senast 1 juni 2016
- Site visits vid nationella vårdenheter sept – nov 2016
- Driftstart januari 2017

# Från möten med HSD och LD 2016-01-15

- Stöder rekommendationer och remissförslag
- Huvudmännen ska avgöra var beslut tas: regionalt alternativt varje landsting, tjänstemän alternativt politiskt beslut
- Betonar betydelsen av uppföljning och senare ställningstagande till ytterligare koncentration
- RCC bör utforma processen för utvärdering/uppföljning som nästa steg

# Från möte med Sjukvårdsdelegationen SKL 16-01-21

- Delegationen stöder RCCs arbete med nivåstrukturering av cancervården
- Önskar fortsatt arbete avseende handläggninggång, transparens, beslutsmöjligheter
- Huvudmännen ska avgöra var beslut tas i enlighet med förslag från HSD, LD
- Önskar rekommendation och remiss till varje landstings funktionsbrevlåda med avsändare RCC i samverkan