

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2016-05-25**Regional nivåstrukturering inom cancerområdet**

Landsting och regioner i Södra sjukvårdsregionen stöder remissen avseende regionala vårdenheter för diagnoserna/åtgärderna

- Kirurgi vid lever- och gallvägscancer och kurativt syftande kirurgi vid pankreas- och periampullär cancer
- Kirurgisk behandling av viss njurcancer (partiella nefrektomier och avancerade tumörer)
- Cystektomi vid urinblåsecancer

Landsting och regioner i Södra sjukvårdsregionen stöder inte remissens förslag avseende komplett regionala vårdenheter för diagnoserna/åtgärderna

- Kirurgi vid ovarialcancer
- Kirurgi vid icke-komplicerad och icke-avancerad njurcancer

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge avser inom ramen för det av Södra Regionvårdsnämnden initierade arbetsfördelningsprojektet att vidare utreda behovet av regional nivåstrukturering för diagnoserna/behandlingarna:

- Ovarialcancer
- Kirurgisk behandling av icke-avancerad njurcancer

I ärendet förelåg skrivelse 2016-05-23 från Södra Regionvårdsnämndens kansli om regional nivåstrukturering inom cancerområdet.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

att avge yttrande i enlighet med RCC Syds förslag 2016-05-20.

Bilagor

Skrivelse 2016-05-23, Södra Regionvårdsnämndens kansli om regional nivåstrukturering inom cancerområdet

2016-05-23

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Regional nivåstrukturering inom cancerområdet

Södra Regionvårdsnämnden beslutar enhälligt

1. Att avge yttrande i enlighet med RCC Syds förslag 2016-05-20.

Sammanfattning

Landsting och regioner i Södra sjukvårdsregionen stöder remissen avseende regionala vårdenheter för diagnoserna/åtgärderna

- Kirurgi vid lever- och gallvägscancer och kurativt syftande kirurgi vid pankreas- och periampullär cancer
- Kirurgisk behandling av viss njurcancer (partiella nefrektomier och avancerade tumörer)
- Cystektomi vid urinblåsecancer

Landsting och regioner i Södra sjukvårdsregionen stöder inte remissens förslag avseende komplett regionala vårdenheter för diagnoserna/åtgärderna

- Kirurgi vid ovarialcancer
- Kirurgi vid icke-komplicerad och icke-avancerad njurcancer

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge avser inom ramen för det av Södra Regionvårdsnämnden initierade arbetsfördelningsprojektet att vidare utreda behovet av regional nivåstrukturering för diagnoserna/behandlingarna:

- Ovarialcancer
- Kirurgisk behandling av icke-avancerad njurcancer

RCC i samverkan
Gunilla Gunnarsson
Sveriges Kommuner och Landsting
118 82 Stockholm

Svar från Södra Sjukvårdsregionen på remissen ”Nationell och regional nivåstrukturering av sex åtgärder inom cancerområdet”

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge ställer sig positiva till förslagen om nationell nivåstrukturering inom 3 diagnoser. Separata ansökningar och remissvar finns i dessa ärenden, vg se bilagor.

Det aktuella remissvaret gäller frågan om regional nivåstrukturering.

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

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge ställer sig bakom huvuddragen i remissens förslag till regional nivåstrukturering, men har under några punkter (se nedan) invändningar mot förslagen. Bakgrundmaterial bifogas avseende den aktuella regionala cancervården med fokus på kirurgisk behandling. I dessa dokument finns nulägesrapporter, volymer, kvalitetsdata, motiveringar, konsekvensanalyser och rekommendationer.

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge avser from 2017 att regionalt nivåstrukturera följande diagnoser/behandlingar till en regional vårdenhet:

- Kirurgi för lever- och gallvägscancer
- Kurativt syftande behandling av pankreas- och periampullär cancer
- Cystektomi vid urinblåsecancer
- Kirurgisk behandling av viss njurcancer; avancerade partiella nefrektomier samt avancerad njurcancer (tumörer med trombos i Vena Cava och/eller överväxt på andra organ och eller patienter aktuella för lymfkörteldissektion)

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg avser from 2017 att regionalt nivåstrukturera ovarialcancerkirurgi (särskilt cytoreduktiv kirurgi vid avancerad ovarialcancer stadium IIIC-IV) till en regional enhet.

Landstinget Blekinge stöder inte förslaget.

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge avser inom ramen för det av södra regionvårdsnämnden initierade arbetsfördelningsprojektet att vidare utreda behovet av regional nivåstrukturering för diagnoserna/behandlingarna:

- Ovarialcancer
- Kirurgisk behandling av icke-avancerad njurcancer

Samtliga patienter med de aktuella diagnoserna som är kandidater för kirurgisk behandling, och vid behov även patienter som planeras för icke-kirurgisk behandling, diskuteras vid regional MDK. Regional MDK med videoupkoppling finns vid samtliga diagnoser, men det regionala deltagandet har inte varit komplett. Riktlinjer för vilka patienter som diskuteras på regional MDK etableras av respektive processgrupp med ansvar för regional patientprocessledare.

Sammanfattning

RCC Syds ingående landsting och regioner stöder remissen avseende regionala vårdenheter för diagnoserna/åtgärderna:

- Kirurgi vid lever- och gallvägscancer
- Kurativt syftande kirurgi vid pankreas- och periampullär cancer
- Cystektomi vid urinblåsecancer

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg stöder remissen avseende regional vårdenhet för diagnosen ovarialcancer.

RCC Syds ingående landsting och regioner stöder delvis remissens förslag avseende regionala vårdenheter för njurcancer.

RCC Syds ingående landsting och regioner avser inom ramen för det av Södra Regionvårdsnämnden initierade arbetsfördelningsprojekt vidare analysera behov och strukturer för regional arbetsfördelning inom diagnoserna ovarialcancer och njurcancer.

Lund 160520
För RCC Syd



Mef Nilbert, prof, överläkare, chef RCC Syd

Arbetsfördelning av cancer i lever, gallvägar och bukspottkörtel (pankreas) i södra sjukvårdsregionen

Författare

Mef Nilbert, chef RCC Syd

Fakta granskare

Gert Lindell, regional patientprocessledare övre gastrointestinal cancer, RCC Syd

Bobby Tingstedt, lokal patientprocessledare övre GI cancer (särskilt pankreas), SUS

Underlag

Nedanstående underlag är framtaget med anledning av föreslagen regional nivåstrukturering från RCC samverkan avseende kirurgi vid cancer i lever- gallvägar- och pankreas i syfte att beskriva de förändringar som RCC Syd anser motiverade.

Lever- gallvägs- och pankreascancer som sjukdomsgrupp

I Sverige insjuknar årligen

- ca 400 personer i gallvägscancer och 600 personer i levercancer (av vilka 250 genomgår resektion/transplantation)
- ca 1500 personer i pankreascancer/periampullär cancer (av vilka 230 genomgår tumörresektion, vanligen genom pankreatoduodenektomi –Whipple's operation). I 20% av fallen finns en lokaliserad tumör i bukspottkörteln som går att primärt operera och i ytterligare ca 20 % finns en lokaliserad tumör med avancerat kärlengagemang.

Sjukdomarna har en allvarlig prognos med 15-20% 5-årsöverlevnad, huvudsakligen beroende på att tumörerna ofta diagnostiseras i avancerade stadier och är tekniskt svåra att radikalt operera. De kirurgiska ingreppen är vanligen omfattande, tex resektion av gallvägar, gallblåsa och ett eller flera leversegment samt Whipple's operation vid pankreascancer. Dessa kirurgiska ingrepp kräver hög specialistkompetens och förenad med peroperativa och postoperativa komplikationer. Arbetet kräver nära samverkan mellan interventionella radiologer, endoskopister, kirurger, onkologer och patologer. Den kirurgiska åtgärden utgör en begränsad del av patientens vårdförlopp, varför kompetens behöver säkras på alla nivåer/i alla delar av vårdförloppet. Detta kräver ett gott regionalt samarbete samt säkrat kompetensbehov i alla delar av processen.

Nationella expertgruppens slutsatser

Under hösten 2015 fick en nationell arbetsgrupp i uppdrag av RCC i samverkan att kartlägga evidensen för och behovet av nivåstrukturering inom områdena gallvägs- och levercancer samt pankreascancer. Gruppen konstaterar att det finns sex väletablerade regionala leverkirurgiska centra med i princip samtliga behandlingsalternativ och förutom dessa tre andra sjukhus (Kalmar, Sunderbyn och Örebro) som bedriver viss leverkirurgisk verksamhet samt att ablativ behandling, med undantag för Kalmar länessjukhus, inte utförs utanför de regionala levercentra.

Lever- och gallvägscancer

Sakkunniggruppen har värderat behovet av regional och nationell koncentration av leverkirurgisk verksamhet och anser att det mot bakgrund av de redovisade vårdvolymerna finns goda skäl att föreslå att leverkirurgisk verksamhet koncentreras till ett centrum per region.

Gruppen betonar vikten av att MDK med leverkirurgisk kompetens ska kunna erbjudas vid ett centrum per region. Gruppen anser också att det finns stora fördelar med koncentration av ablativ behandling och att sådan verksamhet bör bedrivas inom ramen för de regionala centra med leverkirurgisk MDK inför behandlingsbeslut. Samma resonemang gäller också för tumörbehandlingar via interventionella radiologiska tekniker (t ex TACE).

Antalet vårdgivare som ska genomföra kurativt syftande kirurgi vid perihilar (vid gallgångens inträde i levern) gallgångscancer föreslås bli två nationella vårdenheter med tillhörande nationell MDK, vg se separat ansökan från SUS.

För övriga lever- och gallvägscancer föreslår RCC i samverkan med stöd av en enig sakkunniggrupp att:

- *Lever- och gallkirurgisk verksamhet utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.*
- *Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion*
- *Den regionala samordningen av den leverkirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.*

Pankreascancer

Sakkunniggruppen har värderat behovet av regional och nationell koncentration av kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer och anser att det mot ovanstående bakgrund finns skäl att inom vissa regioner se över hur pankreascancerkirurgin är nivåstrukturerad.

Antalet vårdgivare som ska genomföra kurativt syftande kirurgi av lokalt avancerad pankreascancer föreslås reduceras till två nationella vårdenheter i landet (vg se separat ansökan från SUS). Avseende övrig pankreascancerkirurgi (icke lokalavancerade tumörer) föreslår sakkunniggruppen samt RCC i samverkan att:

- *Övrig kurativt syftande kirurgi vid pankreas-/periampullär cancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.*
- *Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.*
- *Den regionala samordningen av den pankreaskirurgiska verksamheten utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.*

Lever-, gallvägs- och pankreascancer processen i södra sjukvårdsregionen

Den aktuella situationen i södra sjukvårdsregionen är att:

- Patienter från Skåne och Kronoberg opereras vid SUS
- Patienter från Halland remitteras avseende primära lever-, gallvägs-, och pankreascancer till Väst.
- Patienter från Blekinge remitteras för kirurgi i Kalmar där en leverkirurgisk verksamhet finns med kirurgi av ca. 20 fall årligen.

Inom södra sjukvårdsregionen finns ett leverkirurgiskt centrum vid SUS. Vid SUS genomförs årligen resektion/operation av:

- 20-25 primära lever- och gallvägscancer (samt 85 ingrepp för levermetastaser från kolorektal cancer och 15-20 ingrepp för oklara eller benigna tumörer inom lever och gallvägar).
- 85 patienter för pankreascancer

Täckningsgraden i kvalitetsregister är 99% (år 2014). Vid lever och gallvägscancer visar SUS data att 98% av patienterna diskuteras vid MDK. Radikal kirurgi uppnås i 82% (nationellt 76%). Postoperativa komplikationer är näst lägst i landet med en total morbiditet på 27%. Postoperativ vårdtid i Lund är i median 7 dagar. Avseende överlevnad rapporteras detta på regionnivå endast för hepatocellulär cancer (HCC) och kolorektala levermetastaser. Lund har 1- och 5-årsöverlevnad efter kirurgi på 96% respektive 64% (nationellt 88-96% resp 49-64%). Därutöver har en mindre antal icke-operabla patienter och patienter med icke-resekabel tumör genomgått behandling med radiofrekvensablation (RF) eller irreversibel elektroporation (IRE) vid SUS och årligen genomgår ca 25 patienter sammanlagt 40-50 TACE-behandlingar (transarteriell kemoembolisering). SUS deltar rutinmässigt i den nationella HPB-MDK och koordinerar den regionala HPB-konferensen.

Avseende pankreascancer opereras årligen ca 85 fall vid SUS. MDK erbjuder 80% av patienterna. Radikal kirurgi uppnås i 69% (nationellt 67%). Komplikationer vid Whipple's operation uppkommer i 51% (nationellt 72%), varav 12% (nationellt 17%) är allvariga. Vårdtiden är i median 10 dagar (nationellt 12 dagar).

Vid HBP-teamet finns 5 överläkare i kirurgi, 5 specialistläkare kirurgi, en ST-läkare kirurgi, 4 specialistläkare onkologi, en övre GI specialistpatolog och ytterligare specialist och ST-läkare i patologi samt 4 kontaktsjuksköterskor och en koordinator. Flera teammedarbetare, både läkare och kontaktsjuksköterskor har varit delaktiga i framtagandet av nationella vårdprogram inom HPB-området och använder dessa som underlag för rekommendationerna i samband med MDK.

HPB-teamets verksamhet förfogar över 14-16 vårdplatser, vilka vid ytterligare nationella uppdrag kan behöva utvidgas ngt för att klara vård av akutinlagda patienter eller komplikationer. God IVA-kapacitet finns, och intermediärplatser som sköts av kirurger och intensivvårdsläkare gemensamt kommer från 1 september 2016 att säkras. Den samlade verksamheten avseende lever-, gallvägs- och pankreaskirurgi förfogar i dagsläget över 4,5 operationssalar i veckan och utöver detta har man en sal gemensam med övre GI-teamet. Tillgången till CT och MRT är tillfredställande. Onkologisk behandling koordineras från VO onkologi och hematologi och vid dess strålbehandlingsenhet finns möjlighet till stereotaktisk strålbehandling. Teammedlemmarna bedriver aktivt forsknings- och utvecklingsarbete med ett relativt stor antal (n=10) pågående kliniska studier. I tillägg till kirurgisk åtgärd har en mindre mängd patienter med lokalt icke resekel sjukdom genomgått lokalt tumördestruerande behandling i form av IRE (irreversibel elektroporation) vilket finns tillgängligt vid enheten. Vid premaligna förändringar i papilla Vateri är endoskopisk resektion rutin och vänstersidig (distal) pankreasresektion utförs i ökande frekvens laparoskopiskt (>50% i nuläget), i vissa fall robotassisterat.

Konklusion

- Det finns starka indikationer för att nivåstrukturera kirurgi för lever-, gallvägs-, och pankreascancer till ett regionalt övre GI kirurgiskt kompetenscentrum.
- RCC Syd stöder det aktuella förslaget om en komplett regional nivåstrukturering av kirurgi vid lever-, gallvägs- och pankreascancer till SuS.

Utformning av regional nivåstrukturering i södra sjukvårdsregionen

För att erbjuda en jämlik vård med bästa möjliga till överlevnad behöver följande säkras för patienter med cancer i lever-gallvägar-pankreas i södra sjukvårdsregionen:

- Övre GI cancer diagnostiseras vid alla kirurgiska kliniker i regionen
- Alla patienter som är aktuella för kirurgi diskuteras vid regional MDK
- All resektionskirurgi utförs vid SUS
- Det regionala nätverket utvecklas genom regional MDK, nätverk för kontaktsjuksköterskor, regionala läkarmöten, utbildning och gemensam forskning och utveckling
- Möjlighet till samoperationer vid SuS finns
- SuS ansvarar för fortbildning av läkare och annan personal i regionen.

Konsekvenser

Förslaget får följande konsekvenser:

- Inga förändringar avseende diagnostik, uppföljning och onkologisk behandling
- Säkrad MDK för alla patienter med potentiellt resektabel övre GI cancer
- Överflytt av 10 operationer för levercancer, gallblåse- och gallvägscancer och pankreascancer från Kalmar (dit Blekinges patienter remitteras) till SUS
- Förstärkt regional samverkan i övre GI-processen.

Implementeringsplan

- From 2017 remitteras patienter aktuella för övre GI kirurgi till ett regionalt kompetenscentrum vid SUS i syd, medan andra regionala centra kan vara aktuella i västra och sydöstra sjukvårdsregionerna.
- Uppföljning av regionens arbete kommer ske om 2 år inom ramen för nationell uppföljning från RCC i samverkan

Arbetsfördelning av njurcancer i södra sjukvårdsregionen

Författare

Peter Elfving, regional patientprocessledare njurcancer, RCC Syd

Fakta granskare

Mef Nilbert, chef RCC Syd

Uppdrag

Med anledning av föreslagen regional nivåstrukturering från RCC samverkan i februari 2016 uppdrogs jag i egenskap av regional patientprocessledare att utreda förutsättningarna för regional nivåstrukturering avseende njurcancer. Uppdraget innefattar att:

- Ta fram underlag avseende aktuella volymer och förväntade volymer efter nivåstrukturering
- Beskriva modell/modeller för hur nivåstrukturering kan utformas i enlighet med den nationella rekommendationen
- Beskriva eventuella konsekvenser avseende kompetensförsörjning
- Beskriva eventuella konsekvenser för verksamhet inom närliggande områden, tex benign kirurgi

Njurcancer som sjukdom

Njurcancer diagnostiseras årligen hos ca 1000 personer i Sverige (170 patienter i södra sjukvårdsregionen). De flesta patienter är i åldern 60-80 år vid diagnos. 15-20% av patienterna har metastaser vid diagnos. Kirurgi för primärtumören utförs på ca. 900 patienter i landet (140 i södra sjukvårdsregionen) med 5 principiellt olika ingreppstyper:

- Laparoskopisk nefrektomi
- Öppen nefrektomi
- Laparoskopisk partiell njurresektion
- Öppen partiell njurresektion
- Minimalinvasiva tekniker under utveckling som kryobehandling, radiofrekvens ablation (RFA), laserbehandling eller high intensity focused ultrasound (HIFU) ablation

Nefrektomi utgör ca. 70% av operationerna och är därmed den vanligaste behandlingstypen som används för tumörer i stadium T1b-T4. Överlevnaden är identisk vid öppen eller laparoskopisk kirurgi, men vid den senare är morbiditeten lägre och vårdtiden och konvalescensen kortare (Gill et al., 2007). Dessa båda behandlingstekniker skall finnas på alla enheter som opererar njurcancer. I södra sjukvårdsregionen genomfördes 2014 26% av nefrektomierna laparoskopiskt.

Partiell nefrektomi (njurresektion) är förstahandsval vid de 30-35% av tumörerna som är små (T1a, upp till 4 cm storlek). Behandlingstekniken är av största betydelse för patienter som endast har en njure, tumör i den bäst fungerande njuren eller njurcancer på båda njurarna och är också betydelsefull vid ärftliga fall med risk för ny tumör. Laparoskopisk och öppen partiell resektion ger likvärdiga resultat avseende överlevnad, men lägre sjuklighet vid laparoskopisk kirurgi (Feder et al., 2008).

Data från 8556 patienter i det svenska kvalitetsregistret visar att en ökande andel patienter med T1a tumörer opereras med partiell nefrektomi (från 22% 2005 till 56% 2013) och att andelen laparoskopiska nefrektomier ökade från 6% till 24% under samma tidsperiod (Thorstensson et al., 2016).

Tumörtromb i vena renalis (som kan sträcka sig upp till hjärtat) är finns hos 15-30% av patienterna. Korrekt operation är av största betydelse hos dessa patienter och är avgörande för överlevnaden (Hatcher et al., 1991; Pagano et al., 1992).

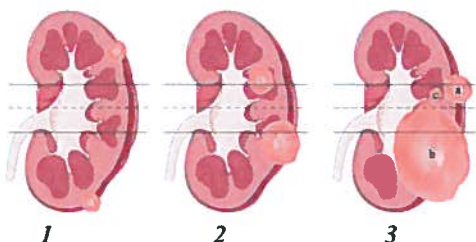
Lymfkörtelmetastasering är kopplat till dålig prognos. Utvidgad lymfkörteldissektion har i dessa fall påvisats ge förbättrad överlevnad (Pantuck et al., 2003). Vid binjuremetastaser är samtidigt bortoperation av binjuren indicerat.

Minimalinvasiva tekniker, som RFA, kryobehandling och HIFU visar lovande resultat och kan efter utvärdering bli aktuella att använda i ökande omfattning (Stein et al., 2007; McDougal et al., 2007; Marberger et al., 2007; Kunkle et al., 2008).

Evidens för nivåstrukturerings av kirurgi vid njurcancer

I Italien gjordes en omfattande analys över 47 åtgärder i hälso- och sjukvården (n=47) där sjukhusvolym kunde kopplas till utfall. Kirurgi vid njurcancer var en av dessa (Amato et al., 2013). Njurcancerkirurgi är förbunden med en relativt hög risk för komplikationer; 15% drabbas av någon form av komplikation, tex blödning, urinfistel, ureterobstruktion, njursvikt, infektion. Risken för komplikationer är högre vid öppen kirurgi, 20%, medan komplikationsfrekvensen vid laparoskopisk kirurgi är 8-10%.

Njurtumörers läge innebär olika svårighetsgrad vid partiell nefrektomi avseende operationsteknik och risk för komplikationer. Det finns flera olika system att gradera tumörens läge, såsom PADUA, Centrality Index och RENAL, där Nationella kvalitetsregistret valt att klassificera tumörer enligt RENAL-systemet med en poäng-skala från 4-12 med tillägg av om tumören befinner sig anteriort eller posteriort. Detta registreras nu sedan 2016 i INCA.



	1pt	2pts	3 pts
(R)adius (maximal diameter in cm)	≤4	>4 but < 7	≥ 7
(E)xophytic/andophytic properties	≥50%	<50%	Entirely endophytic
(R)earness of the tumor to the collecting system or sinus (mm)	≥7	>4 but <7	<4
(A)nterior/Posterior	No points given.	Mass assigned a descriptor of a, p, or x	
(L)ocation relative to the polar lines*	Entirely above the upper or below the lower polar line	Lesion crosses polar line	>50% of mass is across polar line (a) or mass crosses the axial renal midline. (b) or mass is entirely between the polar lines (c)

* suffix "h" assigned if the tumor touches the main renal artery or vein

Klassificering av njurtumörer enligt RENAL-systemet.

Flera studier har visat att kirurgisk volym vid partiella nefrektomier kopplas till risken för postoperativa komplikationer. Bland 17600 fall i USA var komplikationsfrekvensen 10% vid hög volym och 15% vid låg volym (Monn et al., 2014). Risken för komplikationer var 42% mindre vid högvolumssjukhus samtidigt som komplikationer medförde en tillkommande kostnad om ca 35000 SEK/patient. I en annan studie analyserades 24600 fall med liknande resultat och en särskilt tydlig koppling till chansen att få partiell nefrektomi och postoperativ dödlighet (Aboussaly et al., 2012). En studie från 53 sjukhus i Frankrike visade också att partiella nefrektomier oftare utfördes vid högvolumsjukhus och att en högre andel av patienter som opererades vid sjukhus med låg volym drabbades av komplikationer (Couapel et al., 2014).

Även vid nefrektomi tycks volym vara av betydelse. I en studie från Canada visade Sun et al., (2012) att bland 48 200 patienter som genomgått nefrektomi att postoperativa komplikationer, längre tids sjukhusvård och postoperativ dödlighet var högre vid enheter med låg volym. Evidens för betydelsen av högvolymsenhet är svagare vid nefrektomi än vid partiell nefrektomi.

Vid komplicerade operationer (t.ex. tumörtromb i vena renalis, T4-tumörer med överväxt på andra organ, behov av lymfkörteldissektion och djupa njurresektioner) är operationens svårighetsgrad och risken för komplikationer sådana att enighet finns i att dessa patienter skall remitteras till regional behandlingsenhet.

Uppbyggnad och utvärdering av minimalinvasiva tekniker behöver också, mot bakgrund av kraven på forskning och utveckling, ske vid regional behandlingsenhet.

Behovet av regional nivåstrukturering vid njurcancerkirurgi

Årligen opereras ca 850 patienter i Sverige. Den kirurgiska behandlingen börjar långsamt koncentreras till färre opererande enheter i Sverige. Antalet sjukhus där patienter med njurcancer opereras har reducerats från 51 sjukhus 2010 till 42 sjukhus 2014. 2013 utfördes 824 njurcanceroperationer vid 42 sjukhus i landet. Vid 7 universitetssjukhus utfördes 359 operationer (44 %), 29 – 75 operationer per sjukhus. Resterande 465 operationer utfördes vid 35 sjukhus, 1 – 39 operationer per sjukhus. Av dessa utförde 7 sjukhus > 20 operationer, 14 sjukhus 10 – 20 operationer och 14 sjukhus < 10 operationer. I de flesta regioner har regional nivåstrukturering skett helt eller delvis för patienter med mer avancerade tumörer. Under 2014 opererades 43 patienter (70 %) med njurcancer och tromb upp i vena cava/överväxt vid högvolumssjukhus (minst 50 operationer per år)/universitetssjukhus, medan 18 patienter (30 %) opererades vid sjukhus med mindre operationsvolymer.

Fortlöpande tillgänglighet till MDK skall vara ett krav för den opererande enheten.

I Stockholm genomfördes i slutet av 1990-talet en centralisering av njurcancerkirurgi till på Danderyd sjukhus och Södersjukhuset. Full nivåstrukturering visade sig i denna process inte vara optimalt då detta ledde till otillfredsställande kompetens under jourtid och vid operationskomplikationer, vilket gjorde att urologkliniker återskapade i Stockholmsregionen.

Vid möte i processgruppen 160408 har ovanstående regional nivåstrukturering diskuterats och förankrats. Ingen representation förelåg på mötet från Halland, som givits möjlighet att inkomma med synpunkter på regional nivåstrukturering före och efter mötet, men ej gjort så.

Totalantalet njuroperationer på varje enhet är betydligt större för 2014: SUS Malmö 194, Helsingborg 52, Karlskrona 30 och Växjö-Ljungby 31 st. Detta måste tas i beaktande vid bedömning av kompetensen på respektive enhet. SUS Malmö och Helsingborg har ett nära samarbete sedan flera år och kan betraktas som en enhet avseende njurkirurgin. Operatörer från Växjö har fortbildats på SUS och löpande fortbildning på regionskliniken kan vid behov utökas.

Nationella expertgruppens slutsatser

Under hösten 2015 fick en nationell arbetsgrupp i uppdrag av RCC i samverkan att kartlägga evidensen för och behovet av nivåstrukturering. Baserat på detta föreslår RCC i samverkan i en aktuell remiss med svarstid 160601 att:

- Lokalt avancerad njurcancer med tumörtromb eller överväxt på andra organ koncentreras till ett regionsjukhus.
- Övrig kirurgisk behandling koncentreras till enheter som utför minst 50 operationer/år.
- Gemensam regional MDT-konferens inrättas.
- Den regionala samordningen av behandling av njurcancer utvärderas efter 2 år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.

Arbetsgruppen i södra sjukvårdsregionen anser att:

- En patient ska erbjudas samma möjligheter till vård och med samma goda kvalitet oberoende av bostadsort. En regional multidisciplinär konferens (MDK) medger att varje patient bedöms

gemensamt av högsta tillgängliga kompetens och multidisciplinärt med eftergranskning av utförd utredning.

- Man bör i diskussionen kring volym vid njurkirurgi beakta s.k. substitutionskirurgi, dvs att operatörer kan uppnå god kirurgisk vana genom andra ingrepp av samma typ adderas, tex godartade tumörer, nefrouretärektomi av uroepitelial tumör och robotassisterade prostatektomier.
- Utbildning av yngre kollegor kräver ett samarbete inom regionen och kan ordnas genom randutbildning vid större enheter.
- Forskning och gemensamma studier är fullt möjligt att genomföra om samarbetet intensifieras, framför allt vid en gemensam MDT-konferens där lämpliga studiepatienter identifieras.
- Namngiven kontaktsjuksköterska ska kunna erbjudas på varje enhet som sköter njurcancerpatienter.
- Kvalitetsregistrering i INCA tillåter uppföljning, inte minst efter införandet av kirurgmodulen. Registerdata bör dock valideras.

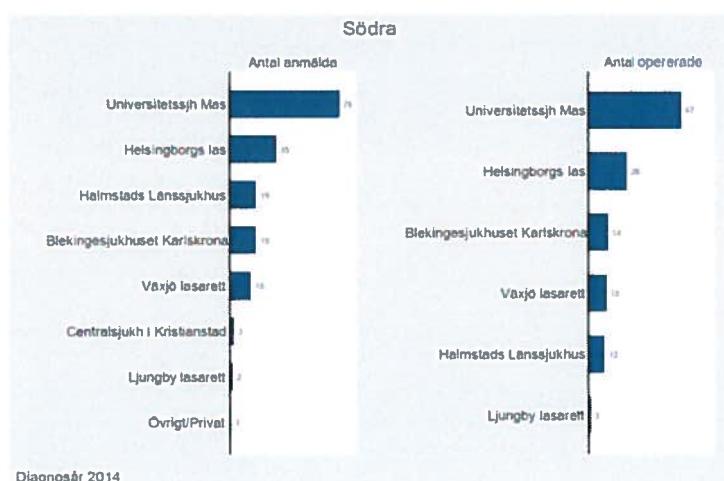
Njurcancerprocessen i södra sjukvårdsregionen

Den regionala processgruppen för njurcancer bildades 2015 med representanter från samtliga sjukhus som diagnosticerar, opererar och behandlar njurcancer. Gruppen består av RPPL, LPPL, urologer, onkologer, kontaktsjuksköterskor samt representanter för röntgen och patologi. Följande specialistläk ingår: Peter Elfving, RPPL, SUS, Annika Håkansson, Onkolog, SUS, Magnus Wagenius, LPPL, Helsingborg, Amer Mousa, LPPL, Karlskrona, Henrik Kjölhede, LPPL, Växjö-Ljungby, Rebecca Stenhoff, Läk, Kristianstad, Rajne Söderberg, ÖL, Ystad. Representanter för Halland deltar i möten, men Halland ingår inte i den statistik och framtida planering i nedanstående förslag. RPPL har tillsammans med LPPL tagit fram förslag till handlingsplan avseende nivåstrukturerings för njurcancer inom södra sjukvårdsregionen. Ljungby-Växjö är att betrakta som en enhet och Helsingborg-SUS är i praktiken att betrakta som en enhet.

Resultaten redovisas i det svenska kvalitetsregistret för njurcancer med täckningsgrad 98% i södra sjukvårdsregionen

http://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/urinvagar/njurcancer/kvalitetsregister/njurcancer_natkvalregrapp2014.pdf

I södra sjukvårdsregionen diagnosticerar ca 170 nya fall av njurcancer årligen, varav ca 140 opereras vid sjukhusen i Karlskrona, Växjö-Ljungby, Helsingborg och SUS. Därutöver diagnosticerar och utreds njurcancer även i Kristianstad och Ystad.



Antal patienter med njurcancer (vänster) och antal opererade (höger) i Södra sjukvårdsregionen 2014.

Totalantalet njuroperationer på varje enhet var 2014: SUS 194, Helsingborg 52, Karlskrona 30 och Växjö-Ljungby 31 st. Partiell nefrektomi utfördes under 2014 på 54 av 72 T1a cancer i Södra sjukvårdsregionen (79%, vilket innebär god måluppfyllelse). Av dessa tumörer opererades 26 vid SUS, 13 i Helsingborg, 6 i Växjö och 3 i Karlskrona. Onkologisk bedömning och behandling finns i huvudsak på SUS Malmö och i Växjö, men behandling kan skötas på flera enheter.

Sedan många år finns ett välutvecklat samarbete inom hela södra sjukvårdsregionen inkl. Halland, där komplicerade fall och behandlingar som kräver avancerad utrustning sedan länge har remitterats till i huvudsak SUS Malmö men även till Helsingborg.

Regional MDK koordineras från SUS en gång per vecka med närvaro av urologiska tumörkirurger, uroonkologer, radiologer, patolog, kontaktsjuksköterskor, koordinatörer närvarande och med möjlighet för teamen i Helsingborg, Kristianstad, Karlskrona, Växjö, Ljungby och Halmstad att delta via videolänk. Alla patienter med metastaserad sjukdom skall enligt Nationellt Vårdprogram diskuteras på MDK inför kirurgi alternativt onkologisk behandling före eller utan kirurgi.

Forskning- och utveckling inom området bedrivs och koordineras från teamet vid SUS. I det nationella vårdprogrammet för urinblåse- och urinvägs cancer och i RCC Syds regionala cancerplanen betonas betydelsen av forsknings- och utveckling samt ökad andel patienter som behandlas inom ramen för kliniska studier.

Konklusion

- Det finns stark evidens för att operation av lokalt avancerad njurcancer med tumörtromb eller överväxt på andra organ samt utförande av lymfkörteldissektion koncentreras till en regionklinik.
- Det finns tydlig evidens för att partiella nefrektomier skall utföras vid högvolymsenhet för att minska risken för komplikation.
- Det finns viss evidens för att nefrektomi vid njurcancer skall behandlas vid högvolymsenhet. Samtidigt måste detta vägas mot de regionala enheternas kompetens inom benign njurkirurgi och i samband med trauma med njurskador.
- Kompetens och volym avseende njurcancerkirurgi behöver beakta benign kirurgi, men idag saknas siffror och resultatredovisning avseende dessa åtgärder.

Utformning av regional nivåstrukturerings i södra sjukvårdsregionen

För att erbjuda en jämlik vård med bästa möjlighet till överlevnad behöver följande säkras för patienter med njurcancer i södra sjukvårdsregionen:

- Njurcancer diagnostiseras vid alla urologiska kliniker i regionen. Här bör man beakta att Växjö-Ljungby är en enhet och SUS-Helsingborg samverkar som en enhet. Samverkande enheter har samma arbetsrutiner, fördelar patienter och utbyter kompetens.
- Alla patienter erbjuds en namngiven kontaktsjuksköterska. Aktiva överlämningar mellan enheterna säkras och kontaktsjuksköterskorna samverkar i regionalt nätverk.
- Alla behandlande enheter medverkar vid befintlig regional MDK från sep 2016. Alla patienter aktuella för kirurgi diskuteras vid MDK.
- Den regionala processgruppen utformar principer för vilka partiella nefrektomier skall utföras vid regionklinik med användande av RENAL-klassifikationen. Dessa riktlinjer appliceras senast från 2017.
- Alla patienter med cavatromb (T3b-c), tumörstadium T4 liksom patienter aktuella för lymfkörtelutrymning opereras vid regionenheten (SUS) (principen är redan implementerad).
- Etablering av RF-behandling som initierats i Helsingborg fortgår med koncentration till denna kompetensnod.
- Behov av ytterligare nivåstrukturerings (för enkla partiella nefrektomier och nefrektomi vid icke-avancerad njurcancer) utreds inom ramen för det projekt som Södra Regionvårdsnämnden initierat.

- Ett projekt utformas för samverkan mellan Växjö och SUS avseende överförande av benign njurkirurgi från SUS till Växjö-Ljungby.
- Regionenheten ansvarar för fortbildning till läkare och annan personal i länssjukvården och möjligheter till samoperation finns.
- Fördelning av utförda behandlingar och komplikationer kommer fortlöpande att monitoreras via INCA, diskuteras i det regionala processarbetet och följas upp vid RCC i samverkan enl nationell remiss.

Konsekvenser

Förslaget får följande konsekvenser:

- Inga förändringar avseende diagnostik, uppföljning och onkologisk behandling.
- Inga konsekvenser för avancerade tumörer och lymfkörteldissektion som redan remitteras till SUS.
- Inga konsekvenser för benign kirurgi.
- Säkrad MDK och kontaktsjuksköterska för alla patienter med njurcancer.
- Inga konsekvenser för sedvanlig nefrektomi, men situationen utreds i projekt som Södra Regionvårdsnämnden initierat.
- Partiella nefrektomier med hög RENAL-score överförs från Växjö-Ljungby och Karlskrona till SUS-Helsingborg.
- Ökad regional samverkan med planering för etablering avkompetensnoder inom RF i Helsingborg och avseende benign kirurgi i Växjö.

Implementeringsplan

- Alla enheter medverkar på regional njurcancer-MDK from sep 2016
- Kontaktsjuksköterska säkras på alla enheter from okt 2016
- Komplicerade partiella nefrektomier (sammantaget n=5-10) flyttas från Växjö-Ljungby och Karlskrona till SUS-Helsingborg
- RF-kirurgi samlas till Helsingborg.
- Utökat regionalt samarbete och erfarenhetsutbyte prioriteras av urologiska processteam
- Uppföljning av regionens arbete kommer ske om 2 år inom ramen för nationell uppföljning från RCC i samverkan

Källor

Abouassaly R, Finelli A, Tomlinson GA, Urbach DR, Alibhai SM. Volume-outcome relationships in the treatment of renal tumors. *J Urol*. 2012;187:1984-8.

Amato L, Colais P, Davoli M, Ferroni E, Fusco D, Minozzi S, Moirano F, Sciattella P, Vecchi S, Ventura M, Perucci CA. Volume and health outcomes: evidence from systematic reviews and from evaluation of Italian hospital data. *Epidemiol Prev*. 2013;37(2-3 Suppl 2):1-100.

Couapel JP¹, Bensalah K, Bernhard JC, Pignot G, Zini L, Lang H, Rigaud J, Salomon L, Bellec L, Soulié M, Vaessen C, Roupêt M, Jung JL, Mourey E, Bigot P, Bruyère F, Berger J, Ansieau JP, Gimel P, Salome F, Hubert J, Pfister C, Baumert H, Timsit MO, Méjean A, Patard JJ. Is there a volume-outcome relationship for partial nephrectomy? *World J Urol*. 2014;32:1323-9.

Feder MT, Patel MB, Melman A, Ghavamian R, Hoenig DM. Comparison of open and laparoscopic nephrectomy in obese and nonobese patients: outcomes stratified by body mass index. *J Urol* 2008;180(1):79-83

Gill IS, Kavoussi LR, Lane BR, Blute ML, Babineau D, Colombo JR, Jr., et al. Comparison of 1,800 laparoscopic and open partial nephrectomies for single renal tumors. *J Urol* 2007 Jul;178(1):41-6.

Hatcher PA, Anderson EE, Paulson DF, Carson CC, Robertson JE. Surgical management and prognosis of renal cell carcinoma invading the vena cava. *J Urol* 1991;145:20-3.

Kunkle DA, Uzzo RG. Cryoablation or radiofrequency ablation of the small renal mass : a meta-analysis. *Cancer* 2008;113:2671-80.

Marberger M. Ablation of renal tumours with extracorporeal high-intensity focused ultrasound. *BJU Int* 2007;99:1273-6.

McDougal WS. Radiofrequency ablation of renal cell carcinoma. *BJU Int* 2007;99:1271-2.

Monn MF, Bahler CD, Flack CK, Dube HR, Sundaram CP. The impact of hospital volume on postoperative complications following robot-assisted partial nephrectomy. *J Endourol*. 2014;28:1231-6.

Pagano F, Dal BM, Artibani W, Pappagallo G, Prayer GT. Renal cell carcinoma with extension into the inferior vena cava: problems in diagnosis, staging and treatment. *Eur Urol* 1992;22:200-3.

Pantuck AJ, Zisman A, Dorey F, Chao DH, Han KR, Said J, et al. Renal cell carcinoma with retroperitoneal lymph nodes: role of lymph node dissection. *J Urol* 2003;169(6):2076-83.

Stein RJ, Kaouk JH. Renal cryotherapy: a detailed review including a 5-year follow-up. *BJU Int* 2007;99:1265-70.

Sun M, Bianchi M, Trinh QD, Abdollah F, Schmitges J, Jeldres C, Shariat SF, Graefen M, Montorsi F, Perrotte P, Karakiewicz PI. Hospital volume is a determinant of postoperative complications, blood transfusion and length of stay after radical or partial nephrectomy. *J Urol*. 2012;187:405-10.

Thorstenson A, Harmenberg U, Lindblad P, Ljungberg B, Lundstam S; Swedish Kidney Cancer Quality Register Group. Impact of quality indicators on adherence to National and European guidelines for renal cell carcinoma. *Scand J Urol*. 2016;50:2-8.

Arbetsfördelning av cancer i urinvägar och urinblåsa (urotelial cancer) i södra sjukvårdsregionen

Författare

Fredrik Liedberg, regional patientprocessledare urotelial cancer (cancer i urinvägar och urinblåsa), RCC Syd

Faktagranskare

Mef Nilbert, chef RCC Syd

Uppdrag

Med anledning av föreslagen regional nivåstrukturerings från RCC samverkan i februari 2016 uppdrogs jag i egenskap av regional patientprocessledare att utreda förutsättningarna för regional nivåstrukturerings avseende cystektomi vid urinblåsecancer. Uppdraget innefattar att:

- Ta fram underlag avseende aktuella volymer och förväntade volymer efter nivåstrukturerings
- Beskriva modell/modeller för hur nivåstrukturerings kan utformas i enlighet med den nationella rekommendationen
- Beskriva eventuella konsekvenser avseende kompetensförsörjning
- Beskriva eventuella konsekvenser för verksamhet inom närliggande områden, t ex benign kirurgi

Urinblåsecancer som sjukdom

Urinblåsecancer drabbar årligen nästan 2400 individer i Sverige, varav 460 i södra sjukvårdsregionen. Urinblåsecancer kan vara ytlig eller muskelinvasiv. Cystektomi som behandling är endast aktuell för de 25 % av patienter som drabbas av muskelinvasiv urinblåsecancer och för en liten andel av icke-muskelinvasiv sjukdom med hög risk för progression. Cytostatikabehandling före operationen ger en överlevnadsvinst på 5-10 % och ingår i behandlingen av de patienter som har muskelinvasiv sjukdom. Årligen utförs i Sverige enligt Socialstyrelsen ca 440 radikala cystektomier vid blåscancer, där merparten utförs i samband med diagnos, men en andel av de 440 patienterna opereras först då sjukdomen progredierar från icke-muskelinvasiv sjukdom eller är terapirefraktär för organbevarande behandling. Dessutom utförs radikal cystektomi vid överväxt av tumörer från gymsfären och kolorektal cancer, samt vid intraktabla benigna tillstånd såsom interstitiell cystit och behandlingsrefraktär inkontinens.



Regional nivåstrukturerings – cystektomi för urinblåsecancer

1997-2002 utfördes radikal cystektomi vid 36 enheter i Sverige. F n utförs dessa operationer vid ca 20 sjukhus i landet (Figur 1) (Antal primärregistrerade cystektomier (cystektomi som behandling inom 3 månader från blåscancerdiagnos 2012-2014 (källa Nationella Blåscancerregistrets rapport 2014)). Under dessa tre år utfördes 70 % av samtliga operationer vid de sju Universitetssjukhusen, medan det under samma tidsperiod utfördes 1-7 operationer per år vid 14 sjukhus.

Figur 1 Antal patienter behandlade med primär cystektomi i Sverige 2012-2014.

Evidens för nivåstrukturerings av cystektomi vid urinblåsecancer

Radikal cystektomi innebär komplex kirurgi, där mer än varannan patient drabbas av komplikationer inom 90 dagar, och vid lång uppföljning fodrar en patient av fyra en omoperation p g a komplikationer som vanligen uppkommer sekundärt till urinvägsrekonstruktionen. Multipla expertiser fodras för optimalt omhändertagande och för att minimera komplikationerna efter kirurgin. Ansvarigt urologteam måste ha omfattande erfarenhet av tumörkirurgi i lilla bäckenet, radiolog med specialintresse i uroradiologi, liksom uroonkologisk kompetens, uropatologiskt specialutbildad patolog, anestesilog med vana vid denna typ av ingrepp, stomiterapeut, sjukgymnast, kontaktsjuksköterska, kurator och dietist är andra professioner som krävs. Cytostatikabehandling innan operation ger en överlevnadsvinst på 5-10 % och ingår också i den primära behandlingen av denna patientgrupp. Det föreligger ett successivt ökat användande av neoadjuvant kemoterapi.

Årligen utförs cirka 440 cystektomier med diagnosen urinblåsecancer i Sverige. I samband med att urinblåsan opereras bort utförs en omfattande rekonstruktion för att återställa urinkanalen. I nuläget utförs dessa operationer vid ca 20 sjukhus i landet och antalet operationer per sjukhus varierar mellan färre än 10 till ca 90/år. Under perioden 2012 - 2014 utförde 7 universitetssjukhus ca 70 % av alla operationer medan 16 sjukhus opererade ca 30 % av alla operationer. Av dessa 16 sjukhus utförde två sjukhus fler än 10 operationer/år medan 14 sjukhus utförde 1 – 7 operationer/år.

Processen med en ökad regional nivåstrukturerings är redan påbörjad där man under den senaste femårsperioden, har reducerat antalet cystektomerande sjukhus från cirka 36 enheter till 20. Verksamheten kring cystektomier innehåller ett flertal samverkande komponenter mellan olika specialiteter och yrkeskategorier i ett flertal steg. På grund av detta behövs en organisation och struktur kring denna patientgrupp som svårigen kan uppnås med små operationsvolym. Trots detta faktum förordar sakkunniggruppen inte en nationell nivåstrukturerings av dessa patienter, då antalet patienter bedöms utgöra en tillräcklig volym för att kunna skötas på ett kvalitativt bra sätt på regional nivå.

För en högkvalificerad vård för patienter som behöver genomgå cystektomi med urinavledning krävs ett kompetent team som består av urolog, onkolog, patolog, radiolog, anestesilog, stomiterapeut, sjukgymnast, kontaktsjuksköterska, kurator och dietist. Ansvarigt urologteam skall ha erfarenhet av tumörkirurgi i lilla bäckenet. Ansvarig radiolog för verksamheten (ronder, DT/MR metoder) bör vara specialist med intresse för och erfarenhet inom urologisk/uro-onkologisk radiologi och ansvarig onkolog bör vara specialist med inriktning för uro-onkologisk sjukdom. Fortlöpande tillgänglighet till MDK skall vara ett krav för den opererande enheten.

Komplett regional nivåstrukturerings till en vårdenhet är genomförd i tre sjukvårdsregioner: Norra-, Västra- och Stockholm-Gotland. I norra och västra regionerna utförs cystektomier vid vardera två sjukhus.

Nationella expertgruppens slutsatser

Under hösten 2015 fick en nationell arbetsgrupp i uppdrag av RCC i samverkan att kartlägga evidensen för och behovet av nivåstrukturerings. Baserat på detta föreslår RCC i samverkan i en aktuell remiss med svarstid 160601 att:

- *Kirurgisk behandling med cystektomi vid avancerad urinblåsecancer utförs vid sex vårdenheter i landet, en i varje sjukvårdsregion.*
- *Regional MDK inrättas i varje sjukvårdsregion.*
- *Den regionala samordningen utvärderas efter två år med ställningstagande till behov av ytterligare koncentration.*

Urinblåsecancerprocessen i södra sjukvårdsregionen

I södra sjukvårdsregionen utfördes radikal cystektomi i princip vid fyra enheter 2011-2014. Sedan 2013 remitteras samtliga dessa patienter från Kronoberg till SUS. Fördelning av antal ingrepp framgår av tabell 1, där data kommer från den nationella komplikationsregistreringen, vilket innebär att de enheter som inte rapporterat alla patienters komplikationer har ett lägre antal än motsvarande siffra i Socialstyrelsens register. Patienter opererade för annan diagnos än blåscancer medtas ej i det nationella komplikationsregistret. På SUS utfördes under 2015 dessutom 30 cystektomier på kolorektal cancer eller annan indikation.

Sjukhus	År	Antal
Halmstad	2011	1
	2012	5
	2013	7
	2014	5
Helsingborg	2011	2
	2012	14
	2013	21
	2014	18
	2015	1
Karlskrona	2011	5
	2012	3
	2013	1
	2014	4
Malmö	2011	46
	2012	53
	2013	49
	2014	56

Tabell 1 Antal radikala cystektomier per enhet i Södra sjukvårdsregionen registrerade i den nationella komplikationsregistreringen. Cystektomi utförs inte längre i Växjö.

Under våren 2016 har den informella cystektomienheten SUS-Helsingborg konsoliderats ytterligare (<http://www.skane.se/webbplatser/skanes-universitetssjukhus/organisation-a-o/urologen/>). Det föreligger en överenskommelse mellan enheterna att koncentrera kontinent urinvägsrekonstruktion med blåssubstitut och kontinent kutan urinavledning samt funktionsbevarande (nervsparande) cystektomi till SUS. I perioder av oacceptabla väntetider, remitteras patienter mellan sjukhusen, vilket skett både 2015 och 2016. Samtliga patienter som opereras vid enheterna inkluderas i pågående forskningsprojekt vid bägge sjukhusen vid enheten (<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/Organisation-A-O/Urologen/Forskning1/Urotelialcancerforskning-Urologkliniken-SUS/>).

Vid möte i Sydsvenska Urotelialcancergruppen 160408 har ovanstående regional nivåstrukturer diskuterats och förankrats. Ingen representation förelåg på mötet från Halland, som givits möjlighet att inkomma med synpunkter på regional nivåstrukturer före och efter mötet, men ej gjort så. Arbete pågår vidare med att i anslutning till SUS uro-onkologiska MDK på tisdagar, starta en regional MDK för blåscancer, njurcancer och testiscancer. Förankringsprocess är startad, men ett resurstillskott till SUS för administration (sekreterare) och ökad patologiverksamhet (eftergranskning av glas) och radiologi fodras för detta ändamål. Preliminärt om nödvändiga resurstillskott kan lösas, kan sådan regional MDK startas v 37. Om ändrade patientflöden sker i regionen, krävs motsvarande omDispositionering av resurser enligt tabell 1.

MDK hålls i Malmö (SUS) en gång per vecka med urologiska tumörkirurger, uroonkologer, radiologer, patolog, kontaktsjuksköterskor, koordinatörer närvarande och med möjlighet för teamen i Helsingborg, Kristianstad, Karlskrona, Växjö, Ljungby och Halmstad att delta via videolänk. Alla patienter aktuella för cystektomi skall enligt Nationellt Vårdprogram diskuteras på MDK inför kirurgi inklusive ställningstagande till preoperativ behandling med neoadjuvant cytostatika.

Forskning- och utveckling inom området bedrivs och koordineras från teamet vid SUS. I det nationella vårdprogrammet för urinblåse- och urinvägscancer och i RCC Syds regionala cancerplanen betonas betydelsen av forsknings- och utveckling samt ökad andel patienter som behandlas inom ramen för kliniska studier.

Konklusion

- Det finns som presenterats ovan stark evidens för att cystektomi skall utföras vid högkompetenscentra.
- RCC Syd stöder det aktuella förslaget om en komplett regional nivåstrukturering av cystektomi vid urinblåsecancer till cystektomienheten SUS-Helsingborg.

Utformning av regional nivåstrukturering i södra sjukvårdsregionen

För att erbjuda en jämlik vård med bästa möjlighet till överlevnad behöver följande säkras för patienter med urinblåsecancer i södra sjukvårdsregionen:

- Urinblåsecancer diagnostiseras vid alla urologkliniker i regionen
- Alla patienter med muskelinvasiv urinblåsecancer diskuteras vid regional MDK
- Alla cystektomier utförs vid högkompetenscentrum
- Det regionala nätverket utvecklas genom regional MDK, nätverk för kontaktsjuksköterskor, regionala läkarmöten, utbildning och gemensam forskning och utveckling
- Möjlighet till samoperationer vid SUS finns
- Cystektomienheten SUS-Helsingborg ansvarar för fortbildning till läkare och annan personal i länssjukvården.

Konsekvenser

Förslaget får följande konsekvenser:

- Inga förändringar avseende diagnostik, uppföljning och onkologisk behandling
- Inga konsekvenser för icke-muskelinvasiv kirurgi och benign kirurgi
- Säkrad MDK för alla patienter med muskelinvasiv urinblåsecancer
- Överflytt av 3-5 cystektomier från Karlskrona till SUS. Region Hallands patienter opereras i Västra Regionens f n.
- Konsolidering av den cystektomienhet som etablerats mellan Urologiska kliniken vid SUS och Urologsektionen vid Helsingborgs sjukhus.
- Förstärkt regional samverkan för personal och patientrepresentanter i urinblåseprocessen.

Implementeringsplan

- Den urologiska MDK som finns byggs ut till hela regionen f o m v 37 2016
- Cystektomier vid urinblåsecancer utförs från jan 2017 vid högvolymercenter som i södra sjukvårdsregionen är cystektomienheten SUS-Helsingborg
- Uppföljning av regionens arbete kommer ske om 2 år inom ramen för nationell uppföljning från RCC i samverkan
- Utökad regionalt samarbete och erfarenhetsutbyte prioriteras av urologiska processteam