

Sjukvårdsregional nivåstrukturering urologi

Beslut

att godkänna förslagen sjukvårdsregional nivåstrukturering av viss vård vid prostatacancer, njurcancer och blåscancer, att i fortsättningen ska överenskommelse om sjukvårdsregional fördelning beslutas av Ledningsgruppen, och att rekommendera sjukvårdsregionens regioner att besluta och implementera förslagen sjukvårdsregional nivåstrukturering av viss vård vid prostatacancer, njurcancer och blåscancer.

Bakgrund

Urologin behandlar tre av de tio vanligaste cancersjukdomarna i Sverige: prostata-, njur- och blåscancer. Med en ökande och åldrande befolkning är det av vikt att högklassig urologisk vård kan fås i hela regionen. Behov finns av centralisering, samarbete och kvalitetsuppföljning för bästa resultat för våra patienter.

Beslut om nivåstrukturering av gynekologisk och urologisk cancer fattades av samverkansnämnden den 29 september 2015, se §16 i bilaga 1. Beslutet har dock aldrig implementerats i sin helhet, samtidigt som utvecklingen inom vården gått framåt. Därför finns nu ett behov av ett förnyat beslut om sjukvårdsregional nivåstrukturering.

Peniscancer är nationellt nivåstrukturerat inom systemet för nationell högspecialiserad vård och utförs av Region Örebro län som är tillståndsinnehavare.

Förslag till sjukvårdsregional nivåstrukturering

Utifrån den medicinska utvecklingen som skett inom området föreslår VC-grupp Urologi att följande nivåstrukturering görs.

Prostatacancer

Ungefär 2500 fall /år i sjukvårdsregionen. I dag görs radikaler i Falun, Eskilstuna, Karlstad, Nyköping, Västerås, Örebro och Uppsala. Organiserad PSA testning (OPT) är infört, eller kommer att införas, med en ökning av antal tumörfall att vänta.

Nivåstruktureringsförslag

Minst 30 radikaler/år med inkluderande av PROM enkät för uppföljning. Strukturerad inläring i robot.

Ska göras i Eskilstuna, Falun, Gävle (väntar på robot), Karlstad, Uppsala, Västerås och Örebro.

Njurcancer

Ungefär 300 fall/år i sjukvårdsregionen.

Nivåstruktureringsförslag

Kirurgisk behandling av avancerad tumör.

Thoraxkirurgi, lever och kärlkirurger ska finnas att tillgå.

Ska göras i Uppsala.

Njursparande kirurgi

Kräver urologbaksjour dygnet om, interventionist. Skillnad i svårighet beroende av storlek och lokalisation av njurtumör. Små perifera tumörer som kräver behandling ska göras i:

- Falun
- Gävle
- Karlstad
- Nyköping
- Uppsala
- Västerås
- Örebro

Centralt belägna tumörer ska göras i:

- Karlstad
- Uppsala
- Västerås
- Örebro

Blåscancer

Ungefär 100 cystektomier per år i sjukvårdsregionen. Nationell högspecialiserad vård för avancerad bäckenkirurgi inkluderande avancerad blåscancer och har tilldelats Stockholm, Göteborg och Malmö. Idag görs cystektomier i Uppsala och Örebro.

Behov av volym för denna komplexa kirurgi finns.

Nivåstruktureringsförslag

- Uppsala
- Örebro

Bilaga 1

Protokoll från Samverkansnämndens möte 29 september 2015

Beslutad nivåstrukturerings av urologisk och gynekologisk cancer 150929

Samverkansnämnden i Uppsala-Örebroregionen

Tid: 29 september 2015

Plats: Aros Conference center, Västerås

§ 1. Sammanträdet öppnas

Ordförande öppnar mötet.

§ 2. Parentation

Marie-Louise Forsberg-Fransson håller ett minnestal över Juha Rundgren, ledamot för Landstinget i Västmanland, som avlidit under sommaren. Parentationen avslutas med en tyst minut.

§ 3. Upprop

För Landstinget Dalarna

Ingalill Persson (s)

Maja Gilbert Westholm (v)

Gunilla Franklin (m)

Lena Reyier (c) ers

För Landstinget Sörmland

Åsa Kullgren (s)

Fredrik Lundgren (fp)

Mattias Claesson (c) tj ers

För Landstinget i Uppsala län

Börje Wennberg (s)

Vivianne Macdisi (s)

Nina Lagh (m)

Sören Bergqvist (v) ers

Anna-Karin Klomp (kd) ers

För Landstinget i Värmland

Fredrik Larsson (m)

Elisabeth Kihlström (kd)

Ulric Andersson (s)

Jane Larsson (c) ers

Monica Gundahl (s) ers

För Landstinget Västmanland

Denise Norström (s)

Hans Jansson (v)

Thomas Högström (m)

Kenneth Östberg (s) ers

Pernilla Rinsell (mp) ers

Birgitta Andersson (c) ers § 1-8

För Region Gävleborg

Tommy Berger (s)

Patrik Stenvard (m)

Alf Norberg (v) tj ers

Carina Östansjö (fp) ers

För Region Örebro län

Marie-Louise Forsberg-Fransson (s)

Ewa Sundkvist (kd)

Robert Mörk (s) tj ers

Ola Karlsson (m) ers

Närvarande tjänstemän:

För Samverkansnämndens kansli: Eva-Lena Aspetorp
För Landstinget Dalarna: Karin Stikå-Mjöberg, Pehr Guldbrand, Gösta Andersson
För Landstinget Sörmland: Jan Grönlund, Per-Olov Gustafsson
För Landstinget i Uppsala län: Niklas Rommel
För Landstinget i Värmland: Gunilla Andersson
För Landstinget i Västmanland: Monica Berglund, Per-Otto Olsson
För Region Gävleborg: Svante Lönnbark, Kjell Norman, Anders Tollmar
För Region Örebro län: Rickard Simonsson, Jan Olsson, Mats Björemar

§ 4. Val av justeringspersoner

Fredrik Larsson och Tommy Berger väljs till justeringspersoner.

§ 5. Ärenden för kännedom

Balans- och resultaträkning RFR 2014
Protokoll styrelsemöte Inera AB 2015-06-04
Protokoll Rikssjukvårdsnämnden 2015-06-10
Samordnat yttrande SOU 2015:21” Mer trygghet och bättre försäkring”
Beslut om ny ledamot i samverkansnämnden från Landstinget Västmanland

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 6. Programråd diabetes

Stefan Jansson, ordförande i det regionala programrådet för diabetes (RDR) informerar om rådets arbete. RDR anordnar bland annat utbildningsdagar, harmoniserar vårdprogram, bevakar ordnat införande av ny teknik, jobbar för gemensamma upphandlingar och samarbetar med patientföreningar.

Det regionala rådet är genom ordförande kopplat mot nationella programrådet för diabetes (NPR). NPR har identifierat ett antal framgångsfaktorer i diabetesvården och utifrån dem tagit fram olika kunskapsunderlag i syfte att utveckla och förbättra diabetesvården.

Det finns även ett nätverk för läkemedelskommittéernas expertgrupper för diabetes i sjukvårdsregionen, DIAREG, vilket bland annat tagit fram gemensamma förstahandsval och nu jobbar med att ta fram en behandlingsalgoritm för hyperglykemi behandling vid typ 2 diabetes.

Nationella diabetisregistret är ett viktig framgångsfaktor för att bedöma kvaliteten på diabetesvården. På registrets webbplats finns information både till personal, personer med diabetes, forskare och den diabetesintresserade allmänheten, www.ndr.nu.

Idag är skillnaderna på indikatornivå större mellan enheter inom varje landsting/region, än mellan landsting/regioner i riket. Betonades vikten av att kvalitetsregistret används för att påvisa oönskade variationer som över tid bör minska för att uppnå en mer jämlik vård.

Stefan skickar med att samverkansnämnden behöver bli mer känd hos professionen.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 7. Politisk viljeinriktning diabetes

Gösta Andersson, ordförande för utvecklingsgruppen för nationella riktlinjer, presenterar förslaget till politisk viljeinriktning diabetes.

Informeras även om att utvecklingsgruppen för nationella riktlinjerna arbetar på att ta fram hälsoekonomiska underlag till kommande politiska viljeinriktninga.

Den 26 februari 2016 är det regionalt kunskapsseminarium för Nationella riktlinjer för MS och Parkinson.

Beslut

att anta den politiska viljeinriktningen för diabetes, och
att rekommendera sjukvårdsregionens landsting och regioner
att ge stöd och resurser till den struktur för kunskapsstyrning som är under uppbyggnad, och att fastställa och använda de av Socialstyrelsen rekommenderade målnivåerna som utgångspunkt i arbetet i uppföljningen.

§ 8. Avtal om samverkan i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016-2019

Anders Tollmar, processledare för framtagandet av "Avtal om samverkan i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016-2019", och Petter Karlsson, ordförande avtalsgruppen och processledare för framtagandet av bilaga 2 "Avtal om vård vid universitetssjukhus mellan landsting och regioner i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016-2019", informerar om förslag till avtal och det gemensamma presentationsmaterialet som tagits fram för arbetet med förankring av avtalet på hemmaplan. Avtalet bygger på tillit, transparens och trygghet för alla parter.

Processbeskrivningar för planering av produktion och utbildning, uppföljning av ekonomi & kvalitet, avtalsbelopp, prisberäkningar, samt arbetsrutiner för prisframtagning, indexuppräknings och jämförelsedata ska tas fram till nämndens decembermöte.

Samverkansnämndens tjänstemannaorganisation ses över under hösten med syfte att på bästa sätt uppfylla det nya avtalets intentioner och ett förslag presenteras på nämndens decembermöte.

Det är första gången sen sjukvårdsregionerna bildades 1980 som ett avtal om samverkan inklusive köp av vård från universitetssjukhusen har tecknats.

Beslut

att anta Avtal om samverkan i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion för perioden 2016-2019 med möjlighet till förlängning,

att ge beredningsgruppen i uppdrag att ta fram processbeskrivningar för ersättningsmodellens olika delar senast samverkansnämndens möte i december 2015 och att ta fram ett förslag till ersättningsmodell för länssjukvård där sjukvårdsregionens landsting/regioner enats om strukturförändring inom sjukvårdsregionen,

att rekommendera sjukvårdsregionens landsting och regioner

att anta och implementera Avtal om samverkan i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2016-2019 med möjlighet till förlängning.

§ 9. Fakta om sjukvårdsregionen

Niklas Rommel, beredningsgruppen, presenterade fakta om sjukvårdsregionens demografi, sysselsättning, hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet samt ett par miljörelaterade mått.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 10. Val av ersättare i Samverkansnämndens arbetsutskott

Beslut

att utse Hans Jansson (v), Landstinget Västmanland, till ersättare i samverkansnämndens arbetsutskott.

§ 11. Budget 2016 AMM Uppsala

Förhandlingarna om Region Gävleborgs och Landstinget Dalarnas avtal med Arbets- och miljömedicin Uppsala är avslutade och budgetförslag följer nämndens budgetriktlinjer, det vill säga budget 2015 uppräknat med 2,7 %, dvs. LPIK exkl. läkemedel 2016 som publicerades i april 2015, dock ska avdrag göras för miljömedicin för Region Gävleborg och Landstinget Dalarna.

Beslut

att rekommendera sjukvårdsregionens landsting och regioner
att budget 2016 för Arbets- och miljömedicin Uppsala utgörs av budget 2015 uppräknat med 2,7 %, dvs. LPIK exkl. läkemedel 2016 som publicerades i april 2015 med avdrag för miljömedicin för Region Gävleborg och Landstinget Dalarna.

§ 12. Justeringar regionala prislistan 2015

Landstinget i Uppsala län och Region Örebro län har inkommit med nya produkter till den regionala prislistan.

Beslut

att från och med en 1 oktober 2015 komplettera den regionala prislistan med för Region Örebro län, Område Psykiatri, Psykoterapi öppenvårdsbesök i vårdval 2 428 kr och för Landstinget i Uppsala län, Akademiska sjukhuset CVI mottagning, med produkten "Utredning av fästingburna infektioner" á 21 580 kr.

§ 13. Datum samverkansnämndens höstmöte 2016

Föreslås flytt av nämndens möte den 16 september 2016, på grund av att det krockar med SKL möten. Nytt förslag den 23 september 2016. Innebär att samverkansnämnden sammanträder följande datum under 2016:

fredag den 12 februari, Västerås

onsdag-torsdag den 1-2 juni, värd Landstinget Västmanland

fredag den 23 september, Västerås

torsdag-fredag den 1-2 december, värd Region Örebro län

Beslut

att samverkansnämndens septembermöte äger rum den 23 september istället för 16 september 2016.

§ 14. Samverkansnämndens möte 3-4 december

Mötet hålls i Tällberg på hotell Långbers och startar med lunch kl. 12 den 3 december.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 15. Mätvärden donationsverksamhet

Stefan Ström, regionalt donationsansvarig läkare (RDAL), och Annika Sandström, regionalt donationsansvarig sjuksköterska (RDAS), presenterar organisationen för de donationsansvariga i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion och de aktiviteter som bedrivs inom området.

Sjukvårdsregionen ligger sen flera år tillbaka bäst i Sverige med antal organdonatorer/miljoner invånare. Däremot är inte sjukvårdsregionen längre självförsörjande när det gäller hornhinnor för transplantation, vilket är kostsamt. Vävnadsdonation mycket svår och kräver mycket logistik. Krävs insatser i alla landstingen och regionerna för att öka antalet donerade hornhinnor.

Stefan informerar även om förslag från SKL Vävnadsrådets till "Mätetal för organdonation avlidna" (Nationell donationsdokumentation). Tolv mätetal finns beskrivna för att möjliggöra en kvalitetssäkring av organdonation hos vårdgivarna och syftande till att vara ett instrument för att identifiera vad som kan förbättras inom organdonationsområdet. Mätetalen ska ge huvudmännen tydligare återkoppling avseende donationsverksamhetens uppdrag och resultat.

Vid ett lokalt regionmöte för hela Uppsala Örebroregionen där DAL, DAS, RDAL och RDAS från Uppsala-Örebroregionen och transplantationskoordinatorer OFO-Mellansverige medverkade beslutades i konsensus att följande mätetal skall följas och rapporteras inom Uppsala Örebro sjukvårdsregion:

- Mätetal 1: Utsedd DAL, DAS, RDAL och RDAS (regionalt mätetal)
- Mätetal 3: Förekomst av PM för relevanta steg i en donationsprocess (regionalt mätetal)
- Mätetal 5: Andel uppmärksammade avlidna möjliga donatorer på IVA bland totala antalet avlidna möjliga donatorer (regionalt och nationellt mätetal)
- Mätetal 9: Andel uppmärksammade avlidna möjliga donatorer där kontakt tagits med transplantationskoordinator (regionalt mätetal)
- Mätetal 11: Utbildning om organdonation (regionalt mätetal)

Ordförande avtackar sjukvårdsregionens donationsansvariga sjuksköterskor Annika Sandström och Marianne Sandkvist, samt hälsar ny regionalt donationsansvarig sjuksköterska Johanna Fridsén, intensivvårdssjuksköterska Landstinget Dalarna, välkommen.

Beslut

att följa upp sjukvårdsregionens donationsverksamhet genom att följa de fem föreslagna mätetalen,

att regionalt donationsansvariga läkare och sjuksköterska ansvarar för sammanställning och årlig rapportering till samverkansnämnden Uppsala-Örebroregionen, samt



att rekommendera sjukvårdsregionens landsting och regioner

att besluta att respektive intensivvårdsavdelningar årligen ska följa och rapportera de fem föreslagna mätetalen till verksamhetschefer, landstings-/regionledningar och sjukvårdsregionens donationsansvariga läkare och sjuksköterska med start 2015-07-01.

§ 16. Nivåstrukturering gynekologisk och urologisk cancer

Mats Björemann, ordförande styrgrupp RCC, presenterar processen från remissförslaget som samverkansnämnden fick i juni till liggande förslag om nivåstrukturering av den gynekologiska och urologiska cancervården i sjukvårdsregionen och betonar vikten av att organisationsperspektivet inte får överskugga patientperspektivet.

Lars Holmberg, chef RCC, beskriver hur processen underlättas av tidiga diskussioner mellan vårdprogramsrepresentanter och ledningsfunktioner i respektive landsting, samt av att landstingsledningen efterfrågar resultat.

Samverkansnämndens arbetsutskott har gett RCC styrgrupp i uppdrag att, i tillägg till den beslutsprocess för nivåstrukturering som beskrivs i cancerstrategin, ta fram en modell för den lokala förankringsprocessen i landsting och regioner senast till nämndens möte den 3-4 december 2015, och även att ta fram en uppföljningsplan.

Diskuteras att ge berörda specialitetsråd i uppdrag att även se över icke-maligna diagnoser inom båda områdena.

Beslut

att ställa sig bakom framtaget förslag till nivåstrukturering av den gynekologiska och urologiska cancervården i sjukvårdsregionen, och
att rekommendera sjukvårdsregionens landsting och regioner
att besluta och implementera förslaget till nivåstrukturering av gynekologisk och urologisk cancer.

§ 17. Nationell nivåstrukturering av sju åtgärder inom cancerområdet

Lars Holmberg, presenterar förslaget från regionala cancercentrums samverkansgrupp om nationell nivåstrukturering av analcancer, isolerad hyperterm perfusion, vulvacancer, HIPEC, muskoleskelettala sarkom, buksarkom, matstrups- och magsäckscancer. Sammanlagt berörs ca 1200 patienter per år i landet och i stor utsträckning är åtgärderna redan nivåstrukturerade till universitetssjukhusen. Regionala remissvar bör eftersträvas och ett gemensamt svar stärker sjukvårdsregionen. Svaret ska vara inne 30 oktober.

Sjukvårdsregionens organisation är i linje med förslaget gällande vulvacancer, HIPEC, hyperterm perfusion och kirurgi vid sarkom. Utmaningarna för sjukvårdsregionen är analcancer, onkologisk behandling för sarkom och matstrupe och övre magmun.

Beslut

att ge samverkansnämndens arbetsutskott i uppdrag att svara på remissen, och
att rekommendera landstingen och regionerna att ansluta sig till svaret.

Handwritten initials: RL

Handwritten initials: TB and others

§ 18. Nationella Screeningrådet

Denise Norström informerar från det nationella screeningrådet och om de [15 kriterier](#) som används vid utvärdering om screening ska startas eller inte.

Rådet har nu tittat på screening av bukaortaaneurysm och rådet kommer troligen rekommendera att det blir ett nationellt screeningprogram för bukaortaaneurysm för 65 åriga män och för kvinnor i riskgrupp.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 19. Luftburen ambulanssjukvård

Börje Wennberg informerar från det nationella arbetet med luftburen ambulanssjukvård. Kommunalförbundet svensk ambulanssjukvård är i uppstartsfasen och val till fullmäktige sker nu i varje landsting. SKL sjukvårdsdelegations presidium håller i frågan om styrelse för kommunalförbundet.

Finansieringsfrågan är under diskussion.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 20. Inera AB

Monica Berglund, sjukvårdsregionens representant i beredningsgruppen för Inera AB, informerar om hur finansiering av NPÖ diskuteras. Gamla avtalet löper ut och nya NPÖ är inte på plats, vilket innebär att en kostnad uppstår för förlängning av befintligt avtal.

Ordförande avtackar Monica Berglund. Monica tackar och nämner särskilt de senaste årens goda utveckling av samverkan i sjukvårdsregionen.

Beslut

att lägga informationen till handlingarna

§ 21. Representant beredningsgrupp Inera AB

Monica Berglund, landstingsdirektör Landstinget Västmanland, slutar och landstingsdirektörsgruppen föreslår ny representant till beredningsgruppen för Inera AB.

Beslut

att utse landstingsdirektör Gunilla Andersson, Landstinget i Värmland, till sjukvårdsregionens representant i beredningsgrupp för Inera AB.

§ 22. Övriga frågor

§ 23. Mötets avslutande

Ordförande avslutar mötet.

Vid protokollet



Eva-Lena Aspetorp

Justerat

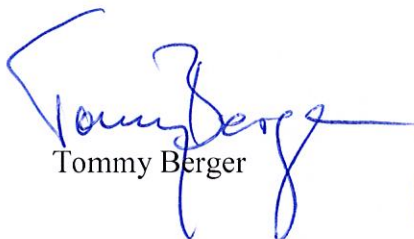
Örebro den 30/9 2015



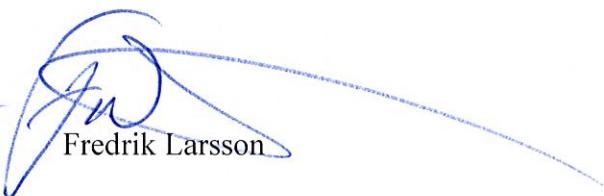
Marie-Louise Forsberg-Fransson

Gävle den 12/10 2015

Karlstad den 14/10 2015



Tommy Berger



Fredrik Larsson

Upprättare
Mats Björemann, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Nivåstrukturerings av urologisk och gynekologisk cancer i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion 2015

Uppdraget

Vårdprocessgrupperna för urologiska och gynekologiska tumörsjukdomar och specialitetsråden för urologi och gynekologi har inte nått enighet om konkreta förslag för nivåstrukturerings i sjukvårdsregionen. Från processledarna i gynekologisk cancer föreligger ett förslag, som ännu inte har hunnit förankras fullt i vårdprocessgrupp eller specialitetsrådet. Då det finns ett tydligt krav från samverkansnämnden att kunna ta steg framåt i nivåstrukturerings på nämndens sammanträde i juni 2015, så har RCC-kansliet och RCC-styrgruppens ordförande tagit fram förslag till nivåstrukturerings inom dessa specialiteter.

Förslaget har diskuterats på samverkansnämndens beredningsgrupp, landstingsdirektörsgrupp och i AU. Samverkansnämndens AU beslutade att underlaget skall kompletteras med kvalitetsaspekter, vilket nu införts i dokumentet. RCC-styrgruppen har utförligt diskuterat förslaget den 28 maj, och en slutlig remissversion godkändes av Samverkansnämnden 2015-06-04. Därefter har en arbetsgrupp med representanter för varje landsting/region, utsedd av RCC-styrgruppen bearbetat och förankrat förslaget under sommaren. Gruppen sammanträdde 2015-08-18, men kunde då inte nå fram till ett förslag som gick utöver dagens rådande ansvarsfördelning. Därefter behandlades frågan vid möte mellan beredningsgruppen och sjukvårdsregionens landstings- och regiondirektörer 2015-08-21. Ett uppdrag gavs då till RCC-styrgruppen att till 31 augusti ta fram ett mera konkret underlag med angivande av vilka sjukhus som i framtiden ska utföra de olika behandlingarna/operationerna i sjukvårdsregionen.

Bakgrund

Trots att cancervården i Sverige uppvisar bland de bästa resultaten i världen finns det goda möjligheter att ytterligare förbättra den. Inte minst finns stora skillnader i resultaten av cancervård mellan olika regioner och landsting, men också inom länen mellan grupper av invånare med olika socioekonomiska- och utbildningsförhållanden. Väntetiderna för utredning och behandling vid misstänkt cancer varierar starkt mellan landsting och regioner. Den nationella cancerstrategin från 2009 tillkom för att förbättra dessa förhållanden.

Samverkansnämnden i Uppsala-Örebro sjukvårdsregion beslöt under våren 2014 att urologisk och gynekologisk cancer skulle tjäna som pilotområden för arbetet med att nivåstrukturera cancervården inom sjukvårdsregionen. För att möjliggöra förändringsprocesserna angav nämnden också att förslagen kunde innebära en omfördelning av uppgifter inom dessa specialiteter som inte har med cancer att göra. Ett första förslag till nivåstrukturerings skulle vara klart till decemberrådet 2014, men eftersom de aktuella vårdprocessgrupperna hade svårigheter att komma fram till förslag fick man vid decembermötet förlängd tid till junisammanträdet 2015 för att lämna ett första förslag.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

För att komma vidare med arbetet har vårdprocessgrupperna involverat respektive specialitetsråd, där verksamhetscheferna för regionens kliniker finns. Man har genomfört flera möten i båda konstellationerna, och inom urologin har processledaren dessutom genomfört platsbesök på alla läns- och universitetskliniker i regionen vid minst ett tillfälle under det senaste året. Huvuddelen av förslaget för gynekologisk cancer grundar sig på betänkandet från processledarna för gynekologisk cancer. För flera patientgrupper inom urologi och gynekologi har diskussionerna påskyndat den nivåstrukturering som redan pågår.

Uppdraget från Samverkansnämnden är: Kvaliteten i sjukvårdsregionens cancervård måste förbättras genom att man renodlar och omfördelar uppdragen inom vissa åtgärder för att få större volymer och högre kompetens i de team som ska hantera dessa åtgärder. Detta skapar också bättre förutsättningar för att trygga den framtida kompetensförsörjningen. För vissa ovanliga diagnoser måste åtgärder koncentreras till bara ett eller två sjukhus i sjukvårdsregionen för att vi ska ha möjlighet att med volym och resultat hävda oss i relation till andra sjukvårdsregioner. Ett viktigt medel för att skapa en likvärdig cancervård för alla invånare i sjukvårdsregionen oavsett bostadsort är att alla nydiagnosticerade cancerpatienter ska kunna bli föremål för multidisciplinära terapikonferenser i samband med diagnos och inför behandling. Sådana konferenser kan för ovanligare diagnoser bli regionala, och i samband med sådan regional multidisciplinär terapikonferens tas beslut om var den planerade behandlingen ska ske.

Vi uppfattar att det i samverkansnämndens uppdrag ligger ett krav på tydligt formulerade förslag för att i realiteten kunna visa att vår sjukvårdsregion fungerar som en enhetlig region med målet att kunna erbjuda våra patienter bästa möjliga vård med ett optimalt resursutnyttjande som tydlig ledstjärna.

Nationell nivåstrukturering

Intensiva diskussioner och utredningar pågår om nationell nivåstrukturering för ett växande antal områden. För närvarande behandlas matstrups-cancer, analcancer, cancer i vulva, cytostatikabehandling i bukhålan tillsammans med kirurgi för vissa spridda tumörsjukdomar, cytostatikabehandling i isolerad extremitet samt buk- och muskulo-skelettala tumörer (sarkom). Flera andra diagnoser och åtgärder står nära på tur: avancerad äggstockscancer, lymfkörtelutrymning vid testikelcancer, avancerad njurcancer, cystektomi vid blåscancer, lever och gallvägscancer, cancer i bukspottskörteln och magsäckcancer. Det är en trolig utveckling att centra i en sjukvårdsregion som inte internt kunnat samordna sig har ett betydligt sämre utgångsläge för att kunna etablera sig som nationellt centrum.

Det förs för närvarande också diskussioner kring utredningen av högspecialiserad vård. De sjukvårdsregionala seminarier som hittills hållits pekar mot att utredningen kommer att föreslå att det inom en lång rad områden krävs för svenska förhållanden mycket höga volymer för att uppnå god kvalitet. Cancer är här inget undantag, utan är tvärtom ett av de områden där det finns bäst evidens för att volymer har betydelse.

Till följd av dessa nationella initiativ finns en viktig yttre utveckling för vår sjukvårdsregion att ta hänsyn till.

Upprättare
Mats Björemann, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Kompetensförsörjning

En kritisk fråga för alla inblandade parter i nivåstruktureringsprocessen är kompetensförsörjningen både på universitetssjukhusen och på länssjukhusen. Det finns en befogad oro för kompetensförlust på akutsjukhusen i sjukvårdsregionen om viss avancerad cancervård flyttas. Därför måste strategier utvecklas för att motverka en sådan kompetensförlust. Det är viktigt för akutsjukvården ute i regionen, inte bara cancervården. Intresserade och välutbildade läkare på länssjukhusen utgör en god bas för ett optimalt omhändertagande av cancerpatienter på hemorten, och en rekryteringsbas för vidareutbildning och specialisering, forskning och utveckling på eller i samarbete med universitetssjukhuset. Resultaten kan sedan återföras ut i sjukvårdsregionen.

Det finns även en risk för att centralisering av vissa behandlingar medför tidskrävande och krångligare kommunikation mellan länssjukhus och universitetssjukhus, vilket kan förlänga väntetider för enskilda patienter. För att undvika detta behövs väl utvecklade samarbeten, definition av standardiserade vårdförlopp och rutiner för multidisciplinära konferenser (MDK) via videolänk.

Det förslag som läggs kring nivåstrukturering inom urologisk och gynekologisk cancer ska bygga på att de föreslagna enheterna uppfyller de kriterier för kompetens och kvalitet för den aktuella vården som vårdprocessgrupperna uppställt. Vidare ska dessa enheter rapportera till nationella kvalitetsregister, ha en tryggad kompetensförsörjningsplan och delta i aktiv forskning kring de berörda diagnoserna.

Kvalitetsaspekter

Kvalitet i vården definieras allmänt av begreppet god vård. Den nationella cancerstrategin har framhållit regionalt sammanhållna och effektiva vårdprocesser, hög kompetens, forskning och utveckling nära vården och aktiv uppföljning för att nå målen säker, likvärdig vård med nöjda patienter och internationellt ledande långtidsresultat.

Lokala och aktuella kvalitetsregisterdata hjälper den egna kliniken att se om man har en process som förväntas ge goda resultat på längre sikt, eller om den behöver ses över. De säger emellertid lite om vilken övergripande struktur som ett landsting eller en region bör ha i längden för att stärka, utveckla och behålla en god vård: för det syftet måste man se på data över längre tid och i ett bredare sammanhang, t ex i relation till förväntad medicinsk utveckling. De kvalitetsindikatorer som hittills utvecklats är relativt nya och deras lämplighet för att styra verksamheten är ännu inte fullt prövad. Det finns inte idag någon accepterad enkel kvantitativ checklista för att avgöra kvalitet för tillstånden i detta förslag.

Kvalitetsmål måste därför definieras i ett samspel mellan patientrepresentanter och vårdprofessioner organiserade i nätverk – för cancerområdets del inom socialstyrelsen, RCC i samverkan eller det enskilda RCC. Utgångspunkter är aktuellt internationellt kunskapsläge och internationella resultat. Kvalitetsmål och önskvärd standard för behandling dokumenteras i nationella vårdprogram som behandlas och beslutas om i alla landsting.

I Uppsala Örebro sjukvårdsregion visar data från kvalitetsregister och socialstyrelsens slutenvårdsregister att den spridning av åtgärder på många enheter som finns i regionen ger en oacceptabelt stor skillnad i behandling för vissa tillstånd, t ex för njur- och blåscancer.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Få utförare i sjukvårdsregionen når den volym som nationella vårdprogram och professionella grupperingar stipulerar för att god kvalitet ska kunna upprätthållas konsistent, t ex för prostata- och blåscancer. Sällan förekommande åtgärder ger även en dålig grund för framtida kompetensförsörjning och för forskning. Avancerade stödresurser, t ex rehabilitering, kan inte byggas för sällan förekommande åtgärder.

Urologisk cancer

Inom detta område är de huvudsakliga cancerformerna prostatacancer, njurcancer, urinblåsecancer och peniscancer. När det gäller peniscancer finns redan ett beslut om nationell nivåstrukturering med koncentration av radikalt syftande kirurgi till två enheter i landet, varav en är Universitetssjukhuset i Örebro, USÖ. Testikelcancer är i huvudsak en onkologisk diagnos, behandlingen sker företrädesvis med cytostatika, men kirurgisk lymfkörtelutrymning kommer att diskuteras för nationell nivåstrukturering.

Prostatacancer är den ojämförligt vanligaste cancerformen hos män. Sjukdomen uppvisar en stor spännvidd när det gäller aggressivitet och växtsätt. Många män behöver aldrig behandling för sin cancer, medan andra drabbas av snabb tumörspridning till främst skelettet och svåra symtom från sjukdomen. Radikal prostatektomi, en omfattande operation som syftar till att radikalt avlägsna cancersjukdomen, har under senare år vunnit större spridning, men kräver stor erfarenhet för att undvika komplikationer och nå goda resultat. Operationen kan utföras med assistans av robot, men några övertygande studier som visar att detta ger bättre resultat än vid konventionell kirurgi finns inte. I sjukvårdsregionen utförs ca 300 radikala prostatektomier per år. Man bedömer att ett centrum bör ha över 50 operationer per år för att kunna upprätthålla fullvärdiga resultat. Det är denna nivå man strävar efter att nå i de övriga sjukvårdsregionerna i landet. I sjukvårdsregionen utfördes 2013 35 % av de radikala prostatektomierna på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymen (uppgifter från slutenvårdsregistret).

Vid njurcancer har man under det senaste decenniet i ökande utsträckning börjat genomföra njursparande operationer (nefronsparande kirurgi eller njurresektion) istället för att ta bort hela njuren hos de patienter som lämpar sig för sådana ingrepp för att inte riskera att patienten drabbas av njursvikt. Årligen görs ca 300 njurcanceroperationer i sjukvårdsregionen, varav ca 15 % är njurresektioner, övriga nefrektomier, det vill säga operationer där hela den drabbade njuren tas bort. Andelen nefronsparande kirurgi varierar mellan landstingen i sjukvårdsregionen, högst andel har Akademiska, USÖ och Västerås. Operation av njurcancer utförs på alla läns- och universitetssjukhus och fram till helt nyligen även på några av länsdelsklinikerna i sjukvårdsregionen. I sjukvårdsregionen utfördes under 2013 32 % av alla njuroperationer (cancer och annan sjukdom) på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymen (uppgifter från slutenvårdsregistret).

Urinblåsecancer är också en sjukdom med stor spännvidd. I många fall kan den kontrolleras via lokal behandling i urinblåsan med operation via cystoskop, laserbehandling eller cellgifter. De mest avancerade fallen kräver att man tar bort urinblåsan (cystektomi) och skapar en ny urinavledning med olika metoder. Antalet cystektomier för cancer i vår sjukvårdsregion är ca 75 per år. På några länssjukhus görs mindre än 5 cystektomier per år.

Upprättare
Mats Björemar, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

I sjukvårdsregionen utfördes 2013 39 % av cystektomierna för alla diagnoser (cancer och annan sjukdom) på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymerna (uppgifter från slutenvårdsregistret). Cystektomi är ett ingrepp som även efter handläggning på specialiserad klinik medför stor risk för komplikationer. Ofta behövs kompletterande kirurgi och långa vårdtider.

Gynekologisk cancer

De olika cancerformerna inom detta område är äggstockscancer (ovarialcancer), livmoderkroppscancer (corpuscancer), livmoderhalscancer (cervixcancer) och cancer i de yttre kvinnliga könsorganen (vulvacancer). Förekomsten av dessa olika cancerformer är något varierande. Corpuscancer drabbar oftast äldre kvinnor, totalt ca 370 fall per år i sjukvårdsregionen. Cervixcancer, som drabbar ca 120 kvinnor årligen i sjukvårdsregionen, finns hos alla åldrar. Denna cancerform kommer att minska med tiden då effekten av vaccination mot HPV börjar synas. Även ovarialcancer drabbar alla åldrar men har minskat i förekomst tack vare p-pilleranvändningen. Cirka 210 kvinnor i sjukvårdsregionen insjuknar årligen i ovarialcancer. Vulvacancer är ovanlig och drabbar ett 40-tal kvinnor i sjukvårdsregionen årligen. I sjukvårdsregionen utfördes 2013-2014 18 % av operationerna för livmoderkroppscancer, 23 % av operationerna för livmoderhalscancer och 9 % av operationerna för äggstockscancer på sjukhus med små eller mycket små årliga operationsvolymerna (uppgifter från de tre kvalitetsregister som rapporterar gynekologiska canceroperationer).

För alla dessa fyra diagnoser gäller att det vid avancerad sjukdom hos patienter med förutsättningar att klara avancerade kirurgiska ingrepp och/eller strålbehandling/cytostatikabehandling finns tydliga vinster med att koncentrera sådana insatser till färre centra än idag. Däremot kan övriga patienter med dessa diagnoser behandlas vid länsklinikerna efter gemensam beredning vid sjukvårdsregionala MDK-konferenser.

Två omständigheter innebär särskilda utmaningar för nivåstrukturering av den gynekologiska cancervården i vår sjukvårdsregion. 1) Det finns två universitetssjukhus i sjukvårdsregionen. 2) Två landsting i sjukvårdsregionen, Västmanland och Sörmland, remitterar inte patienter med gynekologisk cancer till Uppsala eller Örebro, utan till Linköpings universitetssjukhus. Det innebär idag ett minskat patientunderlag för den högspecialiserade gynekologiska cancervården i Uppsala och Örebro.

Idag är dock situationen i Uppsala och Örebro bättre än tidigare vad avser möjligheter att ta emot sjukvårdsregionens gynekologiska cancerfall. Vid universitetssjukhusen i Uppsala och Örebro finns gemensamt, som enda gynekologiska cancercentra i landet idag, högspecialiserad kompetens och resurser att i samverkan genomföra nära nog alla typer av avancerade kirurgiska ingrepp, fertilitets-bevarande kirurgi, postoperativ vård och modern avancerad onkologisk behandling vid gynekologisk cancer, inklusive intraperitoneal kemoterapi vid ovarialcancer, samt MR-baserad interstitiell brakyterapi vid lokalt avancerad cervixcancer. Kompetens och erfarenhet av mindre vanliga tillstånd, som icke epitelial malign ovarialtumör och gynekologisk cancer under graviditet finns också.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Ett fåtal patienter remitteras idag för buksarkom-kirurgi på Karolinska i Stockholm. Enstaka patienter med malign trofoblastsjukdom remitteras också, eller handläggs i samarbete med kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset.

Förslag

För att skapa goda förutsättningar för att höja kvaliteten i vården behöver sjukvårdsregionen koncentrera de större operationerna inom urologisk och gynekologisk cancer till färre enheter än en i varje län. För att uppnå målen med hög kvalitet bör remitteringsvägar avtalas mellan landstingen så att önskvärd organisation och åtgärdsvolym upprätthålls.

Alla patienter i sjukvårdsregionen med behov av avancerade cancerbehandlingar enligt kriterier i vårdprogram och/eller efter diskussion i aktuell vårdprocessgrupp skall ha tillgång till sjukvårdsregionens samlade expertis, vilket kräver ökat regionsamarbete på flera nivåer. Det innebär att sjukvårdsregionala multidisciplinära och multiprofessionella konferenser för patientkategorier enligt vårdprocessgruppernas kriterier måste organiseras av ansvariga kliniker och en tydlig ansvarsfördelning finnas för konferensernas ledning och genomförande. Samtliga patienter där så är möjligt skall övervägas för inklusion i gemensamma forskningsprojekt.

Förslaget innebär att även för patienter där det inte kommer att finnas ett stort behov av förflyttning över länsgränser, så måste den landstingsinterna organisationen tillgodose tillräckliga volymer vid ett sjukhus per landsting för att upprätthålla en god infrastruktur.

En ändring av patientströmmar innebär att länsklinikernas behov av kompetensutveckling och utbildning beaktas bl. a. genom att berörda befattningshavare från länskliniker deltar i behandlingar på universitetskliniken/annat regionalt centrum samt i multidisciplinära konferenser; att tjänstgöring organiseras på universitetsklinik/annat regionalt centrum för kompetensutveckling och att gemensamma strukturerade utbildningar, kurser och studiebesök anordnas och kompetensöverföring sker mellan olika yrkeskategorier.

Ett regelverk för köp av hälso- och sjukvårdstjänster vid remittering inom sjukvårdsregionen måste tas fram och harmoniseras med det nya avtalet om regionsjukvård.

Regiongemensam nivåstrukturerings innebär att kraven på fullständig rapportering till kvalitetsregister blir höga för att kritiskt utvärdera och vid behov revidera planen.

Urologisk cancer

Njuncancer: Urologkliniken på Akademiska sjukhuset Uppsala blir regionalt ansvarigt centrum för avancerad njuncancerkirurgi.

Detta innebär att alla operationer av njuncancer som kräver avancerad behandling enligt vårdprocessgruppens kriterier ska ske på Akademiska.

Upprättare
Mats Björemans, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Nefronsparande kirurgi ska utföras på Akademiska, USÖ, Västmanlands sjukhus i Västerås samt Sjukhuset i Gävle. Nationella rekommendationer för nefronsparande behandling ska följas vid alla enheter som utför sådan behandling. Nefrektomier ska även fortsättningsvis göras på alla läns- och universitetssjukhus i regionen.

Urinblåsecancer: USÖ och Akademiska blir gemensamt ansvariga för patienter med avancerad urinblåsecancer enligt vårdprocessgruppens kriterier.

Cystektomi vid urinblåsecancer ska endast göras på dessa båda sjukhus. Remissfunktion och väntelistor bör samordnas mellan sjukhusen för att garantera kortast möjliga ledtider för denna patientgrupp.

Behandling av övriga fall av urinblåsecancer görs på alla läns- och universitetssjukhus.

Prostatacancer: Radikal prostatektomi ska utföras enbart i Uppsala, i Karlstad, i Västerås, i Eskilstuna och i Falun. Remissvägar ska organiseras så att dessa enheter upprätthåller en tillräcklig volym.

Övriga fall av prostatacancer handläggs på alla läns- och universitetskliniker.

Konsekvenserna av detta alternativ är en måttlig omfördelning i volymer mellan landstingen. Gävleborg och Dalarna behöver utöka sitt samarbete och respektive ansvar för prostatektomier och njurcanceroperationer. För Akademiska innebär förslaget ett fortsatt ansvar vad gäller njurcancer som behöver avancerad behandling.

Berörda vårdprocessgrupper och specialitetsrådet behöver fortsatt diskutera en omfördelning och specialisering vad avser avancerad kirurgi och medicinsk behandling för urologisk cancer och sjukdomar utanför cancerområdet och ta hänsyn till att avancerad behandling för njurcancer och cystektomi vid blåscancer nu behandlas för nationell nivåstrukturering.

För de båda ingreppen radikal prostatektomi och nefronsparande kirurgi vid njurcancer blir konsekvenserna av detta förslag enligt nedanstående tabell.

	Akademiska	USÖ	Karlstad	Västerås	Falun	Eskilstuna	Gävle
Radikal prostatektomi	x		x	x	x	x	
Nefronsparande kirurgi	x	x		x			x

Gynekologisk cancer

För utveckling av gynekologisk cancervård inom Uppsala Örebro sjukvårdsregion krävs ett ökat samarbete och dialog mellan regionens två universitetssjukhus och mellan universitets- och länskliniker. Koncentration till färre enheter för patienter med särskilt behandlingskrävande sjukdom är en viktig del i denna utveckling. En stor del av patienter med gynekologisk cancer kan dock även i framtiden handläggas inom varje landsting.

Uppdraget att utveckla vården för kvinnor med gynekologisk cancer ska tydligt fördelas mellan universitetssjukhusen i regionen.

Upprättare
Mats Björemar, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Äggstocks(ovarial)cancer: Akademiska får uppdraget att utveckla vården för patienter med ovarialcancer som kräver avancerad behandling enligt vårdprocessgruppens kriterier och särskilt för patienter med stor tumörbörda i övre del av buken.

Livmoderkropp(s)corpus)cancer: Akademiska och USÖ får delat ansvar för behandling av kvinnor med högrisk corpuscancer enligt nationella riktlinjer.

Livmoderhals(cervix)cancer: För patienter med cervixcancer får USÖ uppdraget att ansvara för kirurgi och strålbehandling och Akademiska får fortsatt uppdraget att utveckla fertilitetsbevarande kirurgi.

Vulvacancer: Akademiska får ansvar för patienter med behov av omfattande kirurgi och behov av plastikkirurgisk kompetens vid vulvacancer.

Minimalinvasiv teknik skall kunna erbjudas vid enheter som opererar gynekologisk cancer.

Akademiska och USÖ ska införa gemensamma regionövergripande MDT-konferenser där sjukvårdsregionens kvinnor med avancerad gynekologisk cancer, högriskpatienter eller patienter med i övrigt särskilda behov kring behandlingen enligt vårdprocessgruppens kriterier ska diskuteras. För samtliga diagnoser gäller att efter regional MDT-konferens kan kvinnor som bedöms inte vara i behov av eller tillföras värde av behandling vid universitetsklinik behandlas på länsklinikerna.

MDT-konferensen skall utnyttjas för att erbjuda möjliggöra operation på enhet inom regionen med erforderlig kompetens och kortast möjliga väntetid.

Förslaget ligger i linje med att vulvacancer för närvarande behandlas för nationell nivåstrukturerings

Konsekvenserna av åtgärderna är en omfördelning av ett antal behandlingar/operationer inom regionen och ett krav på universitetsklinikerna att utöka sitt inbördes samarbete och att ta ett större regionalt utvecklingsansvar med en tydlig fördelning av diagnosgrupperna.

Uppföljning

RCC-styrgruppen får i uppdrag stödja implementeringen av denna sjukvårdsregionala nivåstrukturerings genom att halvårsvis för Samverkansnämnden redovisa hur processerna fungerar, volymer av ingrepp som görs på olika sjukhus och kvalitetsregisterdata. Samtidigt ska vårdprocessgrupperna inom dessa diagnosområden tillsammans med specialitetsråden fortsätta diskutera en omfördelning av avancerade behandlingar kirurgiska och medicinska behandlingar såväl inom cancerområdet som av andra diagnoser i syfte att optimera resursutnyttjandet och skapa en jämlik vård för sjukvårdsregionens invånare.

Arbetet med nivåstrukturerings av gynekologisk och urologisk cancer har visat att det finns ett behov av att skapa bättre förutsättningar för att driva en sådan process.

Den processbeskrivning som finns i sjukvårdsregionens cancerplan behöver kompletteras med en modell för lokal förankringsprocess i landsting och regioner.

Upprättare
Mats Björemán, Lars Holmberg

Datum
2015-09-29

Den lokala förankringsprocessen skall säkerställa att det finns en enhetlig uppfattning av uppdraget mellan landstingets/regionens politiska och administrativa ledning och landstingets/regionens representant i styrgruppen.