

Årsrapport 2013 RMPG Onkologi

Inledning

Antalet nya cancerfall i befolkningen (incidensen) ökar, under de senaste decennierna, i genomsnitt med ca 2 % årligen i Sverige. Ökningen förklaras av den högre medellivslängden, utökade screeningsprogram och förbättrade diagnostiska metoder. Parallellt med incidens ökningen har överlevnaden i cancersjukdom (prevalensen) förbättrats. Den ökande prevalensen beror främst på att behandlingarna har blivit bättre så att fler människor botas eller kan leva en längre tid med kronisk cancersjukdom. På grund av denna ökning av incidens och främst prevalens kommer belastning i cancervården i sydöstra regionen liksom i landet i stort att öka. Aktuella data för regionens onkologkliniker, se tabell. Observera att registreringar av patienter och hur vården är uppbyggd kring dessa till en viss del varierar mellan regionens olika landsting.

Tabell

	US	Jönköping	Kalmar
Vårdplatser (disponibla)	16 = Medelvärde från 365 dagar. <i>Planerade: vardagar 20 st. helgdagar 14 st.</i> <i>Sommar/jul 15 vardagar, 8 helg</i>	13,7 = Medelvärde <i>Planerade: vardagar 17 st. helgdagar 10 st.</i>	0 st. = <i>Onkologen i Kalmar har inga egna vårdplatser utan patienter som är inneliggande ligger på respektive klinik/avd. som de tillhör</i>
Vårdtillfällen	1701	688	919
Vård dagar	4471	3984	0 st. = <i>Onkologen i Kalmar har inga egna vårdplatser utan patienter som är inneliggande ligger på respektive klinik/avd. som de tillhör</i>
Läkarbesök	5705	7682	2809
DRG-poäng	4458	2801	980
Budget (mkr)	279,1	162,5 (faktisk kostnad ej budget)	106,7

Utvecklingstendenser, nya metoder och läkemedel de kommande 5 åren.

Cancerläkemedel

Nya läkemedel introduceras kontinuerligt på marknaden. Hundratals nya substanser (framför allt biologiska) kommer att nå marknaden inom de närmaste åren. Kostnaderna är höga och vinsterna har hittills varit små (ex överlevnad & tid till progress) om än signifikanta. De befintliga nya läkemedlen leder vanligtvis inte till bot, dock till god tumörkontroll och symptomlindring. Detta innebär att sjukvården får mindre utdelning i form av exempelvis överlevnadsvinst per investerad krona. Omvärldstrycket på snabb introduktion av nya läkemedel oavsett relationen kostnad/effektivitet är stort. Problematiken är av nationell karaktär. Kostnaderna för den medicinska behandlingen kommer stadigt att öka. Få patentutgångar för gamla läkemedel är att vänta och för de patentutgångar som väntas kommer läkemedlen i stort sett att ersättas av

biosimilars vars prisbild förväntas ligga bara några 10-tals procent under de ursprungliga preparaten. Det regionala samarbetet kring upphandling, uppföljning (ex INCA cancerläkemedel) och utvärdering är viktig och kommer troligtvis att bromsa kostnadsutvecklingen något utan att försämra för patienterna. Regionala expertgruppen för cancerläkemedel har blivit väl fungerande med regelbundna utvärderingar och möten. Deras stöd kommer få fortsatt stor betydelse för att nå lika vård i regionen. RMPG onkologi står bakom den Nationella gemensamma onkologichefsöverenskommelsen kring introduktion av nya läkemedel, dvs att inga preparat används innan en nationell rabatterad prisbild finns skapad av TLV eller NLT. Under 2013 har ordnat införande för cancerläkemedel införts i regionen. Ansökan om införandet har skickats in på flera nya läkemedel/nya indikationer. Fyra läkemedel har rekommenderats vilket accepterats av våra landsting. Även när det gäller andra icke farmakologiska metoder kommer ett ordnat införande att eftersträvas. Till detta kommer olika ärenden att anmälas från RMPG och/eller de olika professionerna i regionen.

Nivåstrukturering

Under 2012 redovisade RMPG onkologi enligt uppdrag ett förslag beträffande tumörspecifik onkologisk behandling. Frågan har diskuterats såväl nationellt som regionalt och har handlat om en handfull diagnoser och framförallt kirurgi. I väntan på återkoppling har RMPG onkologi inget nytt att tillföra årsrapporten 2013. Nivåstruktureringarna som är föreslagna sedan länge men inte blivit politiskt förankrade kommer att innebära vissa skillnader i patientströmmar. Teoretiskt bör det volymmässigt inte inverka på de olika klinikerna. Men hur utfallet kommer att bli kan RMPG onkologi inte uttala sig om.

IT - stöd

Det successivt ökade samarbetet inom regionen ökar behovet av gemensamma IT-system. Med stor sannolikhet kommer lättanvända gemensamma IT-system att bl.a. medföra ökad patientsäkerhet, kortare ledtider och billigare vård. En viktig fråga ur patientsäkerhetsaspekt är de olika systemens oförmåga att kommunicera med varandra. Detta innebär dubbel och ibland trippelregistrering av viktiga patient- och behandlingsdata med risker för fel. Vidare anser RMPG onkologi att det är en brist att datajournalerna i regionen inte kan kommunicera med varandra. NPÖ införandet är en bra början och ett värdefullt komplement men löser inte alla problem. RMPG onkologi anser därför att denna fråga även fortsatt måste ha en hög prioritet hos RSL .

Radioterapi

Behovet att radioterapi kommer att öka i takt med incidensökningen samt att antalet patienter i behov av palliativ (symptomlindrande) strålbehandling också beräknas öka.

Acceleratorer i Kalmar

Den andra acceleratorm toggs i drift april 2013 enligt plan. För övrigt har den så kallade ”ordnade hemtagning av regionsjukvård” fortsatt enligt plan. Från maj 2013 började Kalmar behandla alla patienter från norra länet (Västervik) med de diagnoser som redan behandlas i Kalmar, dessa patienter var tidigare behandlade på US. Från hösten 2013 började Kalmar behandling av primära hjärntumörer efter att riskanalys gjorts tillsammans med medicinkliniken i Kalmar. Kalmar har även börjat med profylaktisk behandling mot bröstkörtlar till patienter som behandlas med antiandrogen för sin prostatacancer. Kalmar har dessutom under året påbörjat behandling med andra nya tekniker som IMRT och VMAT.

I november 2013 togs accelerator-1 ur drift för byte. Den nya acceleratoren kommer att tas i kliniks drift april/maj 2014, därefter fortsätter hemtagning enligt plan för diagnoserna huvud- halscancer och lungcancer (kurativ strålbehandling). Riskanalysarbetet har initierats.

Förutom ovanstående utveckling kommer simulatoren ersättas av en CT, där upphandlingsarbetet sker tillsammans med radiologin i länet. Sammantaget kommer den fortsatta satsningen på strålbehandlingen i Kalmar att öka flödet av patienter till Kalmar. Upphandling för byte till CT-simulator har påbörjats med sikte på driftstart under 2014.

Acceleratorer i Jönköping

Jönköping kommer att bygga två nya strålbunkrar och installera tre nya accelerators varav två är ersättningsapparater. Till detta installeras en CT-simulator på strålbehandlingsavdelningen.

Nybyggnationen och installationen av acceleratorerna förväntas vara klar under kvartal 4, 2015.

Detta torde klara behovet av extern strålbehandling under överskådlig tid.

Lågdosrat brachyterapi i Jönköping

Denna behandling, om den utnyttjades mera i regionen, skulle kunna minska trycket något på den framtida utbyggnaden av extern strålbehandling.

Intraoperativ strålbehandling

Intraoperativ strålbehandling (IORT) vid bröstcancer stadium I har föreslagits som alternativ till traditionell extern strålbehandling av hela bröstkörteln 5 dagar i veckan under 5-6 veckor för patienter som är äldre än 44 år.

Fördelar med IORT för både patienten och hälso- och sjukvården är att strålbehandlingen kan fullföljas i direkt anslutning till det kirurgiska ingreppet (pre-pathology) och delar av de strålbehandlingsresurser som i dag används för behandling av bröstcancer skulle kunna frigöras och därmed minska väntetiderna för andra cancerpatienter.

Endast en tillräckligt stor randomiserad och kontrollerad multicenterstudie har jämfört strålbehandlingsprinciperna (TARGIT-A). Uppföljningen efter fem år visar för de patienter som fick IORT vid det första ingreppet 2,1 % lokalrecidiv med IORT jämfört med 1,1 % med konventionell extern strålbehandling, vilket innebar en skillnad på 4 patienter. Dödligheten (alla orsaker) efter 5 år med IORT var lägre (4,6 %) än vid konventionell extern strålbehandling (6,9 %), vilket innebar en skillnad på 13 patienter. Det förefaller som den sammanvägda patientnyttan efter fem år är likvärdig för de två alternativen. En svaghet med studien är att endast ca 1/6 av patienterna har hunnit uppnå en uppföljningstid på minst fem år.

IORT ökar kvinnors valfrihet när de drabbas av bröstcancer samt leder sannolikt också till patient- och samhällsnytta genom minskat behov av antalet behandlingar och resor. Priset blir dock en ökad belastning bl a på operationsavdelningarna. Behandlingen kan totalt leda till kostnadsbesparingar för hälso- och sjukvården eftersom den eliminerar behovet av extern strålbehandling 16-25 behandlingar samt en kostnadsminskning för strålbehandlingen från cirka 40-50 000 till cirka 25 000 kronor pr. patient.

En central etisk problematik gäller den osäkerhet som finns om resultatet av IORT efter 5 år. För att kunna få svar på denna fråga krävs det studier av långtidsresultat som kommer att dröja minst tio år. Att avvaka med ett införande av metod som förefaller ha fördelar men också vissa nackdelar är också etiskt problematiskt.

Metodrådets samlade rekommendation är att IORT med Intrabeam® bör introduceras men tills vidare endast erbjudas selekterade patienter före patologisk undersökning av tumören) inom ramen för etablerad registeruppföljning som fokuserar på lokalrecidiv och överlevnad samt även på patientupplevelser, livskvalitet och kostnadseffektivitet. Det är angeläget att patienten ges en fullständig information om den osäkerhet som finns rörande metodens effekter och biverkningar på lång sikt. Regionens ställningstagande till Intraoperativ strålbehandling (IORT) och det kommande regionala arbetssättet för detta är inte klarlagt.

Skandionkliniken/protonbehandling

Förberedelsearbetet, inklusive byggnationen i Uppsala, fortskrider planenligt och drivs via universitetsklinikerna som i ett första skede kommer att samordna verksamheten i landet. Strålbehandlingsutrustningen är levererad och intrimning av strålen pågår. Den första patienten beräknas att bli behandlad i mitten av 2015.

Under året har breddutbildning av dosplanerare, läkare och fysiker vid universitetskliniker fortsatt i den så kallade Protonskolan för att öva och få erfarenheter av protondosplanering. Vi arbetar med diagnoser i olika regioner av kroppen för att försöka lösa de problem som är specifika för protonbehandling i respektive region. Arbetet med att utarbeta studie- och behandlingsprotokoll för protonbehandling av olika diagnoser och kroppsregioner har inletts under 2013 och detta arbete kommer att fortsätta under den tid som återstår till behandlingsstart.

Regionalt har den gemensamma videokonferensen för strålbehandling varannan vecka för att diskutera intressanta strålbehandlingsfall blivit etablerad som en mötesplats för diskussion om patientfall och om mera övergripande frågor. Denna rond är avsedd att utvecklas till en regional rond för diskussion av patienter som kan vara aktuella för protonterapi, förutom att vara ett kunskapsstöd och ett utbildningstillfälle.

Det regionala arbetssättet är inte helt klarlagt. Preliminärt är det tänkt att patienterna skall dosplaneras i Linköping. Detta riskerar att innebära dubbel kostnad för länsklinikerna som betalar för dosplanering i Linköping och behandlingen i Uppsala. Dosplaneringskompetensen finns på hemmaplan i Jönköping och Linköping. Dessutom måste ju en konventionell plan upprättas för att se om det finns en potentiell vinst att göra med protonbehandling i det enskilda fallet.

Hemtagning

Hemtagningen av cytostatikabehandling och strålbehandling från US till Kalmar län har följt den plan som utarbetats. Trots detta har man inte sett någon nedgång i omfattning på US strålbehandlingsavdelning avseende patienter hemmahörande Kalmar län. Ytterliggare hemtagning av strålbehandlingsplan är planerad se under radioterapi/accelerator i Kalmar.

Vårdprocesser

Ett flertal vårdprocessarbeten är initierade inom respektive landsting och inom ramen för RCC sydöst. Detta med syfte att få till ett ännu bättre lokalt och regionalt och nationellt samarbete med målet att höja kvaliteten, öka tillgängligheten och utnyttja de personella och ekonomiska resurserna optimalt inom cancervården. Regionala processledare för hjärntumörer, huvud- och halscancer, prostatacancer, bröstcancer, gynekologisk cancer, malignt lymfom, lungcancer samt för den palliativa processen är utsedda. Processkartläggning pågår och ett flertal förbättringsprojekt har

initierats. Förutsättningarna är olika inom de olika diagnosområdena och arbetet har därför kommit olika långt.

Utifrån resultatet i de nationella jämförelserna har man i de tre landstingen kommit olika långt med att starta lokala processarbeten med patientfokus för de olika cancerdiagnoserna. Alla berörda verksamheter är dock mer eller mindre medvetna om syftet att korta ledtider för att snabbare nå RCC sydösts mål att alla patienter skall påbörja behandling inom 4 veckor. Ett exempel är den diagnostiska tiden för huvud och halscancerpatienter. Från att regionen ha haft bland de längsta i landet har man nu vänt till att bli bland de bättre. Ledtiden har kortas ner mer än en vecka.

Bröstcancerprocessen i Östergötland, där hela bröstcancerkedjan samlokaliseras i onkologihuset fortsätter planenligt och RMPG onkologi följer denna utveckling.

Processen för ökat patientflöde på strålbehandlingen US i kombination med ökande strålbehandlingsresurser i Kalmar sker och RMPG onkologi följer utvecklingen.

Regional multidisciplinär rond för att bättre styra patienter till lämplig behandlingsmodalitet; kirurgi, lågdosbrachyterapi, högdosbrachyterapi och extern strålbehandling vid kurativ prostatacancerbehandling har under 2013 inte ökat i den omfattning som vore önskvärt. Detta för att minska behovet av postoperativ strålbehandling efter icke radikal kirurgi.

Bristen på patologer är ett kvarstående problem i hela regionen. Ökad efterfrågan i takt med nya behandlingsmöjligheter kräver utökade analyser.

Process/Väntetider

Väntetiderna för utredning av patienter med misstänkt cancer inklusive tid till kirurgisk och/eller onkologisk behandling ibland är för lång och behöver kartläggas för att ta bort icke värdeskapande tid för patienterna, för att öka tillgängligheten och förbättra kvaliteten på cancer vården i regionen. Detta arbete har startat och kommit olika långt. RMPG och tillhörande verksamheter har i sina förbättringsarbeten stöd av de återkommande RCC kvartalsrapporterna utifrån patientlöftena. Dessa rapporter är viktiga i det fortsatta förbättringsarbetet i regionen och lokalt. Verksamheterna kan på så sätt skriftligt ta del av de successiva förbättringar som sker, bland annat avseende ledtider.

Medicinsk kvalitet, Nyckeltal och Tillgänglighet

Utöver nedanstående bilagor hänvisar RMPG onkologi till RCCsydöst hemsidas kvartalsrapporter – följ länk <http://www.cancercentrum.se/sv/sydost/Register/Rapporter/Resultatredovisning/>

1 – Bilaga, RMPG onkologi resultat 2013

2 – Bilaga, RMPG onk data 20140324

3 – Bilaga, RMPG onk Indikatorer ur UKC 20140324

Öppna Jämförelser

RMPG onkologi motsvarar en multidisciplinär specialitet vilket gör det svårt att särskilt ta ut onkologins roll/del från de indikatorer som Öppna Jämförelser (ÖJ) redovisar. RMPG onkologi ser sig dock delaktiga i de resultat som ÖJ ger avseende indikatorerna 12-14, dvs. smärtskattning

under sista levnadsveckan, vid behovsordination av opioider samt brytpunktsamtal. RMPG onkologi utgör också del av resultaten för 112, 115, 118 och 122 där överlevnad vid tjock-, ändtarms-, bröst- samt lungcancer beskrivs. Slutligen är onkologins insatser en del avseende indikatorerna 123 MDK vid lungcancer, 126 kurativ behandling vid lungcancer samt 127 tid till behandlingsstart vid huvud- halscancer.

RMPG onkologi anser att ÖJs siffror, trots att de är något gamla, vägleder till förbättringsarbete. RMPG onkologi ser dessutom en fördjupad förbättringsmöjlighet med stöd av de regionala och lokala processarbeten som pågår samt de kvartalsrapporter som RCCsydöst tar fram. I kvartalsrapporterna jämförs dels landstingen med varandra men även sjukhusen inom länet.

Kompetensutveckling för onkologer/sjuksköterskor

Här hänvisar RMPG onkologi till det förslag som enligt uppdrag redovisats till regionens HR-direktörer "Uppdrag regional kompetensförsörjning"

Klinisk prövningsenhet sydöstra (KPE-SÖ).

Möjligheten att, på ett systematiskt sätt kunna erbjuda patienter i hela regionen deltagande i kliniska studier är fortsatt mycket angeläget av flera skäl. Skapandet av en effektiv KPE sydöst är sedan flera år ett prioriterat. Emellertid har arbetet försvårats av bl.a. regulatoriska krav och GCP krav (exempelvis regionövergripande apoteksavtal och formella ansvarsfrågor) där gruppen har liten möjlighet att påverka regelverket. Frågan har anmälts till den nationella samarbetsgruppen för kliniska prövningsenheter inom onkologi (NASTRO) och kommer att diskuteras i detta forum under våren 2014. RCC sydöst arbetar också med frågan.

Klinisk forskning

RCC sydöst har på särskilt statsbidrag tillsatt en samordnare för att inventera och stimulera regionens kliniska cancerforskning och samarbete mellan HU och Linné-universitetet och Qulturum/Futurum. RCC sydöst etablerade under 2013 ett "kliniskt forskningsråd" med akademisk representation från regionens tre lärosäten. Denna gruppering kan ha förutsättningar att påskynda arbetet med ett regionalt KPE. Tillägg att RMPG under 2013 bjudit in Hans Starkhammar och Agneta Jansson med anledning av kopplingen till de forskningsaktiviteter som pågår inom RCC sydöst.

Nationella riktlinjer och vårdprogram

Det finns ett stort behov av att inventera användandet av befintliga regionala och nationella vårdprogram. RMPG anser att man genom att tillämpa regionala vårdprogram som anpassats utifrån nationella rekommendationer/riktlinjer kan minimera kostnadsdrivande behandlingar genom att i största möjliga utsträckning eliminera behandlingar för vilka det saknas vetenskapligt stöd.

Följande nationella vårdprogram har under 2013 publicerats av Regionala Cancercentrum i samverkan.

1. Nationellt vårdprogram för njurcancer, mars 2013
2. Nationellt vårdprogram för cancer med okänd primärtumör (CUP) 2010-2013
3. Nationellt vårdprogram för peniscancer, maj 2013
4. Nationellt vårdprogram för cancer i urinvägarna, maj 2013

5. Nationellt vårdprogram för malignt melanom, FULLVERSION, maj 2013
6. Nationellt vårdprogram för malignt melanom, KORT VERSION, maj 2013
7. Bildbilaga, Kliniska melanomfall med dermatoskopi, maj 2013
8. Bilaga 1-2, Patientinformation, pre- och postop, nov 2013
9. Bilaga 3, Ögonmelanom, nov 2013
10. Bilaga 4, Mucosala melanom, nov 2013

RMPG onkologi har bla. lämnat synpunkter på att vårdprogrammet för malignt melanom blev alldeles för otydligt och omfattande. För övrigt bidrar RMPG onkologi aktivt med att ta fram underlag när remissrundor för de nationella vårdprogrammen handläggs. Under 2013 handlades följande nya; Cancerrehabilitering, Akut myeloisk leukemi, Lungcancer, Neuroendokrina buktumörer samt Prostatacancer. Under 2013 påbörjades dessutom arbetet med framtagande/uppdatering av följande; Bröstcancer, Livmoderhalscancer, Gallvägar/Gallblåsecancer, Huvud-halscancer, Tjocktarms- och ändtarmscancer samt Långtidsuppföljning efter barncancer.

RMPG onkologi har även i deltagit i revideringsarbetet med de nationella riktlinjerna vid bröst-, prostata- samt tjock- och ändtarmscancer. De nya riktlinjerna kommer tillsammans med definierade målnivåer på kvalitetsindikatorer att presenteras under början av 2014.

Både de nya vårdprogrammen och de nya riktlinjerna kommer att påverka verksamheterna ekonomiskt och strukturellt. Implementeringen i regionen är viktig och behöver få bättre struktur där processledare, välfungerande regionala grupper liksom väl strukturerade MDK kommer att vara betydande.

Regionen behöver utarbeta tydliga riktlinjer för tillsättande av representation i nationella och lokala vårdprogramgrupper. Det är mycket viktigt att regionen är representerad i det nationella arbetet med riktlinjer och vårdprogram. RMPG onkologi är enig om att målet med detta arbete är att skapa förutsättningar för att alla cancerpatienter i regionen skall få lika vård oavsett bostadsort vilket också är i linje med motsvarande nationell målbild.

Hälsoperspektiv

RMPG onkologi anser att de preventiva åtgärderna och dess insatser måste utvecklas inom onkologin. Som stöd för detta bjöd RMPG under våren 2013 in representanter från RMPG hälsofrämjande strategier. Vid det mötet bad RMPG dem återkomma med ett regiongemensamt förslag på åtgärder som RMPG fortsatt skulle medverka i, återkoppling från RMPG hälsofrämjande strategier har inte skett.

Investeringar, medicinsk utrustning. (Objekt>1mkr eller strategisk art)

I Östergötland äskas för en MR enhet på strålbehandling. Detta för att erbjuda modern brachyterapi vid främst cervixcancer. Vi bedömer detta som en förutsättning för att Linköping skall kunna vara ett av de framtida centra i landet för gynekologisk behandling. En PDR enhet för brachyterapi äskas för att utveckla och brädla användningen av brachyterapin.

Den tekniska utvecklingen inom radioterapi är snabb. Trots stora initiala kostnader är strålbehandling en i jämförelse billig cancerbehandling. Det är viktigt att regionen hela tiden är teknologiskt uppdaterad med modern utrustning. Hela organisationen måste inse vikten av att ligga i teknologisk framkant. Hur framtiden exakt kommer att se ut är omöjligt att säga. Troligtvis kommer MR att användas mera rutinmässigt och tillgången måste garanteras på regionens samtliga strålvårdskliniker. PET CT behovet kommer att öka och vad detta innebär för regionens behov av fler PET CT apparater vet vi inte ännu. Likaså är en regional cyklotron mycket välkommen för hela regionen.

Förändringar

Den ekonomiska beskrivningen i regionavtalet anger enbart de olika landstingens fördelning på totala beloppet samt hur den är fördelad mellan US fyra Centrum. Verksamhetschefen vid onkologikliniken på US kan således internt få ett underskott dvs. under ett verksamhetsår ha utfört mer vård än den budget som är lagd för onkologikliniken US. Dessa ekonomiska verksamhetsbekymmer har fått en ökad tendens till att tas upp på agendan vid RMPGs möten vilket enligt direktivet inte är syftet. För att i framtiden undvika detta önskar RMPG onkologi ett förtydligt stöd från Centrumrådet.

En annan svårighet som RMPG onkologi vill lyfta fram är om det finns möjlighet att förtydliga samverkan i vårdkedjan och ansvarsfördelningen av vårdinsatserna. De onkologiska vårdinsatserna för varje enskild patient är som regel unika tillika får en unik vårdkedja. Det innebär att vårdtiden och vilka insatser som kan och ska utföras på US respektive i hemlandstinget kräver tydliga övergångar och samverkan. I dagsläget kan vårdkedjan innebära allt från att den totala vårdtiden till att enbart vissa punktinsatser sker på US. För att kompetensen inom vissa områden ska kunna vidmakthållas i hela regionen måste detta kopplas samman med arbetet kring nivåstrukturering.

Bilagor

- 1 – Bilaga, RMPG onkologi resultat 2013
- 2 – Bilaga, RMPG onk data 20140324
- 3 – Bilaga, RMPG onk Indikatorer ur UKC 20140324