

För kännedom: HSN

2014/0543

konsekvensbeskrivning för nationellt vårdprogram lungcancer

Unné Anna [Anna.Unne@skane.se]

Skickat: den 6 oktober 2014 08:56
Till: Mellquist, Annika; Blekinge Landstinget; Halland [regionen@regionhalland.se]; Kronoberg [landstinget@ltkronoberg.se]; Diarium Koncernkontoret [Region@skane.se]
Kopia: Mef Nilbert (mef.nilbert@med.lu.se); Rydén Stefan [Stefan.Ryden@skane.se]; Vogel Ingrid [Ingrid.Vogel@skane.se]
Bifogade filer: Nationellt vårdprogram för~1.pdf (5 MB) ; Följebrev remissrunada 2 l~1.pdf (179 kB) ; konsekvensbeskrivning för ~1.pdf (316 kB)

Hej!

Nu har Lars Ek, i egenskap av regionalprocessledare för lungcancer, färdigställt konsekvensbeskrivning för Södra Sjukvårdsregionen vid införande av nationellt vårdprogram för lungcancer, se bifogad fil.

Jag bifogar även på nytt arbetsdokumentet nationellt vårdprogram samt följebrev för remissrunda 2.

Observera att era svar skall vara mig tillhanda senast den **15okt**.

Med vänlig hälsning

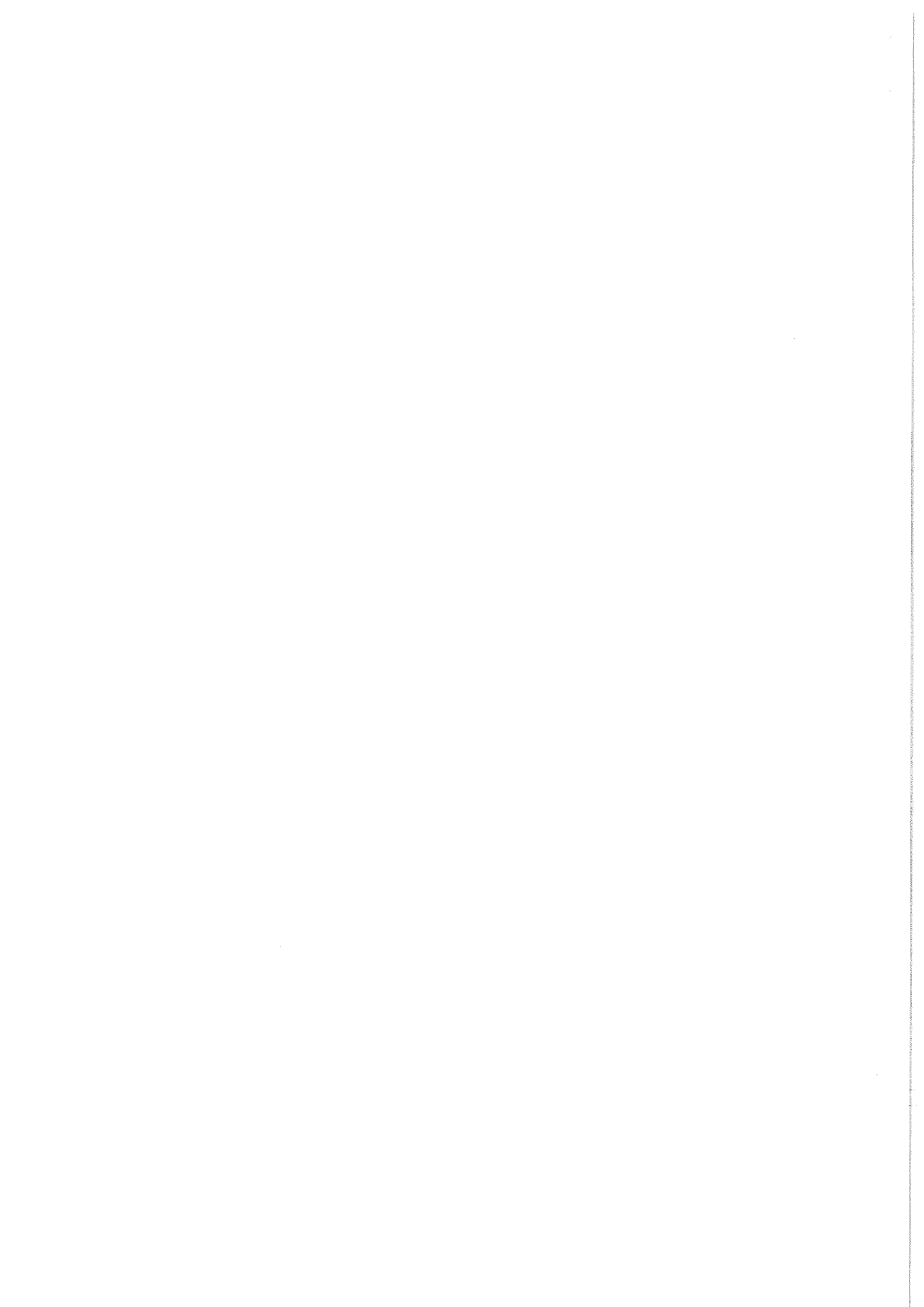
Anna Unné
Utvecklingssjuksköterska

Regionalt cancercentrum syd

Besöksadress:
Medicon Village, byggnad 404
Scheelevägen 2
223 81 Lund

Postadress:
RCC SYD
Scheelevägen 8
223 81 Lund

Tfn:
Mobil: 070 3766024
anna.unne@skane.se
www.skane.se/rcc



Konsekvensbeskrivning för Södra Sjukvårdsregionen vid införande av det nya nationella vårdprogrammet

En regional konsekvensbeskrivning är en beskrivning av de viktigaste konsekvenserna för hälso- och sjukvården i regionen till följd av ett nationellt vårdprogram. Inför remissrunda två, d.v.s. till linjeorganisationen, skall en konsekvensbeskrivning utarbetas i syfte att vara ett stöd för remissinstanserna vid remissvar och förtydliga konsekvenserna av vårdprogrammet.

Konsekvensbeskrivningen ska vara färdigställd senast två veckor innan remissrunda två, för att bifogas förslaget till vårdprogram vid remissrundan. Den regionala processledaren ansvarar för en sammanställning i nedanstående mall.

Diagnos: Lungcancer

Uppgiftslämnare: Lars Ek

Datum: 2014-09-30

1. Hur stor är volymen av patienter i Södra Sjukvårdsregionen?

Incidensen av lungcancer i Södra Sjukvårdsregionen har sedan 2002 fram till 2012 ökat från 522 nyupptäckta fall till 759 nya fall. Detta ligger i linje med den nationella ökningen.

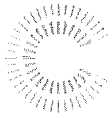
2. Hur många patienter är årligen aktuella för olika typer av åtgärder som omfattas?

Huvuddelen av patienter med nyupptäckt lungcancer blir föremål för åtgärder som omfattas av det nya vårdprogrammet. Antalet fall där man inte har cytologisk/histologisk verifikation minskar stadigt liksom antalet fall som inte blir föremål för antitumoral behandling i någon form och rör sig nu om enstaka procent. Utrednings och behandlingsintensiteten ökar sålunda beroende på bättre teknik och mer skonsamma behandlingsmetoder.

3. I vilket avseende skiljer sig förslaget vårdprogram från dagens aktuella hantering?

Här belyses endast de kapitel där betydande förändringar föreslås:

1. Tobaksprevention – ökat fokus på prevention och nya läkemedel har tillkommit sedan föregående vårdprogram. Tobakspreventionen bör dock sättas i ett större sammanhang än bara lungcancerprevention.



2. Lungcancerscreening – hittills är evidensen inte tillräcklig för att föreslå nationell screening, även om en stor amerikansk randomiserad studie utfallit positiv både för lungcancerrelaterad död och död överhuvudtaget. Flera stora nationella studier är dock i slutfaser och kommer att publiceras inom de närmsta åren. Blir dessa också positiva kan vi inte blunda för fakta och det blir då nödvändigt med en nationell utredning. Införs screening, kommer det att få stora konsekvenser både för radiologin men inte minst för lungmedicinska enheter.
3. Små nodulära förändringar – i det nya vårdprogrammet införs en förenklad algoritm för solida nodulära förändringar. Det införs däremot en mer ambitiös algoritm för subsolida förändringar. Sammantaget torde insatserna jämnas ut sig.
4. Histopatologisk klassifikation – klassifikationen av adenocarcinom har ändrats vilket ställer krav på patologin. Man har också starkare tryckt på immunhistokemiska markörer. Prediktiva faktorer som EGFR och ALK får en helt ny plats och gruppen bakom vårdprogrammet rekommenderar ”reflextestning” av all icke småcellig icke skivepitelcancer. Detta kräver större resurser på patologavdelningarna som kommer att debitera utredande enheter kostnaderna. Vid genomförande av reflextestning kommer kostnaderna att sjunka per test men totalt ökar kostnaderna.
5. Utredning – PET-CT och EBUS/EUS får en ytterligare starkare plats vid diagnostik och stadieindelning. Södra sjukvårdsregionen har tre enheter för PET på SUS och det är planerat en i Växjö. När det gäller EBUS/EUS finns detta på SUS och i Helsingborg. När det gäller stadieindelning utförs detta enbart på SUS, då tekniken är svår och undersökarberoende. Antalet EBUS ökar hela tiden. Det ställs också krav på högre kvalitet på tagna biopsier och cytologier för att kunna utföra nödvändig testning (immunhistokemi, EGFR, ALK etc) vilket i sin tur ställer betydligt högre krav på de enheter som utreder misstänkt lungcancer. Det kommer dessutom att bli ökade krav på rebiopsiering dels för att den initiala diagnostiken ej gav material för alla analyser och dels för att studera tumörens utveckling under behandling – nya mutationer? Frågan om nivåstrukturering bör diskuteras för att vi ska kunna uppfylla de krav på utredningen av lungcancer så som det skisseras i vårdprogrammet.
6. Multidisciplinär konferens (MDT) – Socialstyrelsen, RCC och nu i det nya vårdprogrammet betonar vikten av MDT. Södra Sjukvårdsregionen har minst andel av patienter som dras på MDT. Tyvärr är inte MDT tydligt definierat vilket vi bör göra i vår region.
7. Kirurgi och radioterapi – inga stora förändringar skisseras i vårdprogrammet.
8. Medicinsk behandling – cytostatika- och biologisk behandling – här har kommit och kommer nya principer och nya medel med betydande kostnader som vi måst ta höjd för. Bland dessa kan nämnas –
 - a. Maintenance – underhållsbehandling – efter traditionell kemoterapi fortsätts behandling till progress med pemetrexed eller erlotinib
 - b. EGFR-antagonist i första linjens behandling till progress – 8-10% av NSCLC icke skivepitel
 - c. ALK-hämmare – 5% av NSCLC (non small cell lungcancer) icke skivepitelcancer
 - d. Angiogeneshämmare till NSCLC icke skivepitelcancer – bevacizumab

9. Palliativ behandling – 5 årsöverlevnaden i all lungcancer är <15% vilket innebär att den palliativa behandlingen är en stor och ökande del av omhändertagandet av patienterna. Detta gäller både den allmänna där ASIH bör kunna fylla en stor plats och den specifika med t ex stent/laser behandling av andningshinder, behandling av pleuravätska.

4. Beskriv kortfattat, beakta hela vårdkedjan, vad som behöver förändras i vårdkedjan om man skall tillämpa detta förslag. Ange också om förslaget innebär förändrad arbetsfördelning mellan olika vårdgivare.

1. Diagnostik – mer komplex både för utförare och patient. Fler moment ingår som inte utförs av alla vårdgivare – PET, EBUS/EUS, nya metoder för biopsier, genomlysning, etc vilket innebär att man bör se över utredningskedjan. Förslagsvis kan man ta ett grepp och inventera de resurser som finns och utreda behov av eventuell nivåstrukturering så att alla patienter får tillgång till de metoder som finns för att säkra den kvalitet som efterfrågas i form av kvalitet på provtagning, stadieindelning etc. Logistik måste finnas för hantering av preparaten för immunhistokemi, EGFR och ALK, dvs den testning som föreslås ske ”reflexmässigt”. Utredningstiden beskrivs av de flesta patienter som den mest krävande tiden. Behov av kontaktsjuksköterskor under denna tid finns givetvis.
2. Terapi – terapin blir allt mer komplex och bedrivs allt längre på en betydande grupp av lungcancerpatienter, detta gäller inte minst den medicinska behandlingen, men även radioterapi och kirurgi. Ofta bedrivs dessa behandlingar i samarbete mellan olika berörda specialiteter. Även detta behöver ses över inom sjukvårdsregionen, för att säkra att alla får tillgång till modern terapi.
3. MDT konferenser – ökad tillgång och kvalitetssäkring av dessa.
4. Palliativ vård – olika tillgång och form av detta beroende på var i sjukvårdsregionen patienten hör hemma.

5. I vilket avseende innebär förslaget väsentligt ökade kostnader eller minskade direkta eller indirekta kostnader

1. Utredning med komplett provtagning ökar kostnaderna och ställer krav på investering i ny utrustning – EBUS, bättre utrustning för biopsitagning, PET-kapacitet
2. ALK- och EGFR- analys på alla icke småcelliga icke skivepitelcancer görs inte reflexmässigt idag. Betydligt ökande volymer.
3. Nya dyra läkemedel som införs, driver kostnaderna kraftigt uppåt liksom inom all onkologisk verksamhet
4. Marginellt minskade kostnader för uppföljning av noduli i lungorna/patient, balanseras mot att fler patienter behöver följas upp sekundärt till ökande användning av CT-thorax och om screeningverksamhet kommer igång.
5. Bemanningen avseende lungläkare, kontaktsjuksköterskor är för närvarande underdimensionerad. Detta beror till del på brist på specialistutbildade läkare och kontaktsjuksköterskor men även till del på underfinansiering.



6. *Innebär förslaget ändrade rutiner vid uppföljning och/eller förändringar kopplade till kvalitetsregistret?*

Ett betydande förändringsarbete pågår genom försorg av styrgruppen för det nationella lungcancerregistret där intentionen är att uppföljning ska ske kontinuerligt vid varje ny händelse, tex start av ny terapi, ny undersökning etc. Detta ställer större krav på inrapportörerna. Ett ökat arbete att få snabb och komplett inrapportering till registret är ett måste, om vi skall kunna följa förändringar i realtid. Resurser för detta krävs t ex i form av sekreterare/sjuksköterskor som får ansvar för att samla in och rapportera data.

7. *Beskriv förväntad nytta/risk ur ett patientperspektiv*

- Snabb komplett utredning med bra kvalitet på histologiska/cytologiska preparat och korrekt stadiindelning med stöd av kontaktsjuksköterska – minskar lidandet för patienten och ger bättre utgångspunkt för val av rätt terapi.
- Tillgång till immunhistokemi och mutationsanalyser (ALK, EGFR) ger rätt patienter möjlighet till modern behandling som visats öka överlevnad och livskvalitet.
- Korrekta rutiner för uppföljning av noduli gör att lungcancer ej missas och att patienten slipper onödiga undersökningar.
- Kompletta ifyllande av kvalitetsregistren med kort latens gör att vi får bättre kunskap om hur vi uppnår målen.
- Strukturarbete i Södra Sjukvårdsregionen är viktigt för att säkra att alla patienter med misstänkt eller bekräftad lungcancer får samma möjlighet till utredning och terapi.