

Regional konsekvensbeskrivning

Datum 2024-01-02

Regional konsekvensbeskrivning i samband med öppen remiss från systemet för nationell kunskapsstyrning - Pancreascancer

I samband med öppen remiss från systemet för nationell kunskapsstyrning ska en preliminär regional konsekvensbeskrivning göras som ska utgöra svar från VGR. En slutgiltig regional konsekvensbeskrivning görs i samband med implementeringen av det nationella kunskapsstödet.

Konsekvenser:

- 1. Radiologisk uppföljning av patienter opererade för pancreas-/periampullärcancer. Cirka 120-150 patienter opereras årligen för PCR-ca på SU. Dessa skall nu genomgå CT thorax + buk 2 ggr/år i två år som uppföljning, vilket ej gjorts tidigare. Svårbedömt hur många undersökningar det rör sig om då mortaliteten är hög i denna sjukdom. Enligt kirurg uppskattningsvis 100 undersökningar per år?*
- 2. Alla patienter som skall opereras i kurativt syfte (där CT inte visat några metastaser) bör ha MR-lever utförd innan operation. Gissningsvis ca 100-150 pat / år.*
- 3. Avslutade MR-kontroller av bd-IPMN på patienter med små bd-IPMN som varit stabila i 5 år, samt tidigare på stationära cystor av liten storlek. Vi gjorde totalt 84 undersökningar enligt förkortat MR-protokoll på denna frågeställning på SU. I Kungälv utfördes ca 150 undersökningar av pancreascystor. Okänt hur många av dessa som kan avslutas enligt nya VP.*
- 4. Små (<1,5cm) icke-definierbara cystor kan följas vartannat år i stället för varje vilket ger färre undersökningar.*

Diskussion fördes om huruvida leverspecifik kontrast bör användas eller ej vid preoperativ MR-undersökning. En sak som talar emot leverspecifik kontrast är kostnaden, en annan är att artärfasen ibland inte blir lika bra som vid icke-leverspecifik kontrast. Gällande metastasbedömning preoperativt tycker jag att nyttan med leverspecifik kontrast överväger, i synnerhet då den arteriella fasen är av mindre vikt, då tumören redan är diagnosticerad med CT och det viktigaste är att se om det finns levermetastaser.

Patientnytta/-risker: *Här anges vilken patientnytta och vilka risker som de föreslagna medicinska åtgärderna i riktlinjen/rutinen medför.*

Avseende patientnyttan, se VP. Pat opererade för pancreascancer kommer få högre stråldos än vad de tidigare fått, då de nu skall genomgå två CT-undersökningar per år i två år. Till denna patientkategori torde långtidsriskerna med denna strålning vara försumbara jämfört med grundsjukdomens risk. Nyttan att hitta ev. symptomfritt recidiv överväger sannolikt risken. Risk med MR kan vara fördröjning av operationen. Tycker dock att det finns stora vinster med att utföra MR på dessa patienter, för att bättre kunna selektera vilka patienter som bör/inte bör opereras och därmed lägga resurserna på de patienter som verkligen har nytta av kirurgi.

Etiska aspekter: *Påverkas patienternas autonomi och integritet negativt av kunskapsstödet? Besvara denna fråga och ange, om så är fallet, vilka åtgärder som behöver genomföras för att stärka patienternas autonomi och integritet.*

-

Verksamhets- och organisatoriska konsekvenser: *Här anges de verksamhetsförändringar och organisatoriska förändringar som tillämpningen av det nationella kunskapsstödet innebär. Det kan*

till exempel handla om koncentration eller decentralisering av verksamheten i regionen, förändring i ansvarsgränser mellan vårdnivåer och förändrade uppdrag för olika typer av kompetenser. Vilken påverkan blir det på personalresurser och kompetensförsörjning. Kan delar av införandet ske via digitala arbetsätt? Om en konsekvens är att vissa delar av nuvarande vårdpraxis kan utmönstras helt eller delvis ska detta anges.

Se översta punkten. Sammantaget ökat antal CT thorax + buk i regionen. Enligt ansvarig kirurg på SU gissningsvis omkring 100 undersökningar per år. Min bedömning är att det kan vara fler.

Oklart hur många av dessa på SU.

Ökat antal MR-lever (med leverspecifik kontrast). Kan röra sig om upp mot 150 patienter per år i VG-region.

Att antalet bd-IPMN-kontroller och kontroller av stabila ospecifika cystiska lesioner minskar torde (för SU's del) inte kompensera för de nytillkomna undersökningarna.

För SU troligen alltså ökad belastning med ökat antal CT såväl som MR av levern. Redan väntetider och fler undersökningar kan öka på eventuella köer. Fler undersökningar att utföra behöver ju båda CT/MR-apparater och rtg-sköterskor som kan utföra undersökningarna. Fler undersökningar som skall besvaras tar mer radiologtid (anställda eller externt granskande).

Kostnadsförändringar: *Här anges aktuella kostnadsförändringar för berörda utförare till följd av det nya kunskapsstödet. Både tillkommande kostnader och avgående kostnader till följd av effektivisering/utmönstring redovisas. Om behov finns i form av investeringar i utrustning, lokaler, material, ange antal och kostnad för drift respektive kapital. Om behov finns av utökning/förändring av personal uppskatta typ av personalkategori, antal heltidstjänster/alt timmar och kostnad för lön, sociala avgifter och övriga personalkostnader. Om behov finns av utökning/förändring av undersökningar/behandlingar mm, ange typ, antal och kostnad (använd gärna Socialstyrelsens klassificering och koder; KVA, ICD etc.).*

Andra tillkommande/avgående kostnader uppdelat på engångskostnader och löpande kostnader. Svårt för mig att svara på. CT-buk av eventuella recidiv efter whipple-operation är ofta svåra att granska och kan beräknas ta något längre tid än många andra CT-buk i snitt. Generellt tar ju undersökningar resurser i form av tid i apparat, rtg-ssk och usk tid samt tid för radiolog.

Implementering: *Här beskrivs hur det nya kunskapsstödet bör implementeras och av vem. Vilka åtgärder behövs för att underlätta implementeringen. Ange även under hur lång tid som implementeringen av kunskapsstödet beräknas ske. Uppge beräknad kostnad för föreslagna åtgärder för implementering, t.ex. utbildningsinsatser,*

För radiologins del finns infrastrukturen för att utföra och besvara röntgenundersökningar/MR-undersökningar. Det är förmodade ökade antalet med möjlig ökad väntetid (om inte resurser tillförs) som kan påverka.

Magnus Palmer, Överläkare, radiologi, Sahlgrenska
Mårten Falkenberg, Ordförande RPO BFM