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

Samfällt svar från Södra Sjukvårdsregionen på remissen ”Nationell nivåstrukturering av cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi för behandling av cancer i bukhinnan, HIPEC”.

1. Stödjer ni det ovan beskrivna förslaget avseende antal nationella vårdenheter?

Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge ställer sig delvis bakom remissens förslag att HIPEC-behandling skall ske vid 2-4 nationella vårdenheter. Då HIPEC kan förväntas öka anser vi att verksamhet vid 4 platser i landet kan motiveras. Färre enheter skulle medföra risk för hög belastning på dessa enheter med tanke på behandlingens komplexitet och vårdtyngd. Möjligheten av en framtida utökning av den medicinska indikationen gör också att 4 enheter är önskvärt.

2. Har någon av sjukvårdshuvudmännen i regionen intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar inom området? Om så är fallet, avser sjukvårdsregionens ingående landsting att remittera patienter till aktuell vårdenhet?

Skånes Universitetssjukhus (SUS) har intresse att åta sig ett nationellt vårdansvar för HIPEC och ansöker om ett nationellt vårdansvar (vg se separat ansökan).

Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge avser sända patienter aktuella för HIPEC till SUS.

3-4. Om ni inte avser att åta er ett nationellt vårdansvar inom er region, och har specifika önskemål om vilka vårdgivare som bör ha ett sådant ansvar, ange dessa och motivera svaret. Om ni vill ta ett nationellt vårdansvar ska ansökan enligt bilagd mall inlämnas samtidigt med remissvaret.

SUS startade med cytoreduktiv kirurgi och intraperitoneal cytostatika behandling 2004, som andra centrum i Sverige inom ramen för den randomiserade Svenska Peritonealcancerstudien. Resultaten visade överlevnadsvinst för aktiv behandling, vilket ledde till införande av behandlingen. Under de senaste 4 åren (120901-150901) har SUS genomfört 73 kurativt syftande och 2 palliativa HIPEC-operationer. Endast ett 10-tal explorationer (vanligen pga uttalad adherensbildning), vilket visar på en god preoperativ selektionsprocess.

Volymen (aktuellt 30-35 operationer årligen) stiger något årligen och förväntas öka ytterligare pga utökade indikationer till patienter med samtidigt begränsad levermetastasering och patienter med peritoneal carcinomatos från mucinös ovarialcancer. HIPEC-processen vid SUS är väl genomgången med klara processstruktur och behandlingsriktlinjer. Teamet vid SUS består av 8 personer, vara 3 är seniora specialiserade kirurger. God samverkan finns med

onkologer, anestesiologer etc. resurser som pumpar, operationssalar och IVA-vård garanteras av SUS. Kapacitet att utföra HIPEC finns alla vardagar och behandlingen är inte aktuell under helg- och nattetid.

Redan idag finns en nationell multicenter video-MDK varannan vecka. Här medverkar också samarbetscenter i Amsterdam och Eindhoven. Second opinion sker med samtliga svenska HIPEC-verksamheter samt med kollegor Nederländerna och Belgien där SUS-teamet också genomfört studiebesök. SUS kommer ansluta till och kan även ansvara för en nationell MDK.

Avseende kvalitetsregistrering har SUS själva registrerat HIPEC-operationerna. Ingvar Syk som är ansvarig för verksamheten har bidragit till etablering av ett särskilt HIPEC-register på INCA (knutet till kolorektalcancer registret) med 100 % täckningsgrad. Registerdata visar att 108 behandlingar har utförts på nationell basis. Radikal kirurgi har uppnåtts i 105 fall och de resterande 3 fallen utgjorde pseudomyxoma peritoneii. 30-dagars mortaliteten är 0.9% (1/108) och 90-dagars mortaliteten 2.7% (3/108).

Avseende forskning planeras deltagande i en multinationell studie som utvärderar HIPEC vid högrisk kolorektalcancer. Teamet vid SUS har också etablerat en experimentell modell för peritonealcarcinos i syfte att kartlägga sjukdomsmekanismer och utvärdera nya behandlingsstrategier. Vi har också sedan 5 år byggt upp en vävnadsbank för kolorektal cancer där vi också samlar vävnad från bukhinnan (peritoneum) från patienter med kolorektalcancer inklusive patienter med peritonealcarcinos. Gruppen uppvisar flera publikationer inom ämnesområdet.

Ett eventuellt utökat uppdrag för SUS beräknas innebära ytterligare 15 resp 30-35 operationer om 2 resp 3 nationella vård-enheter etableras. SUS har efter strategiska diskussioner med adekvat kompetensanalys fastlagt att detta kan säkerställas och har valt att prioritera verksamheten i nationell konkurrens. Som led i detta har man också planerat för överförande av annan kirurgisk verksamhet från SUS till länssjukvården.

5. Vilka konsekvenser blir det för huvudmännens vårdverksamheter i sjukvårdsregionen om det nationella vårduppdraget läggs inom en annan sjukvårdsregion?

Om SUS inte skulle få ett nationellt uppdrag inom HIPEC skulle det medföra att den kompetens och forskningsaktivitet som byggts upp genom >100 HIPEC-operationer går förlorad. SUS befinner sig idag på en avplanad learning curve avseende HIPEC. Det är i sammanhanget viktigt att betona att denna learning curve inte enbart innefattar kirurgen, utan hela teamet. För regionens patienter skulle avsaknad av uppdrag innebära längre resor till en annan nationell behandlingsenhet.

6. Hur avser ni att hålla ihop patientens vårdprocess om ni har det nationella vårdansvaret? Och hur avser ni att hålla ihop processen om ni inte har det ansvaret i er region?

SUS har säkrat processen och patientflöde även under sommartid. Vid ett utökat uppdrag finns klara planer för operationsutrymme och vårdplatser. Redan idag har SUS ett regionansvar för HIPEC och en god samverkan i regionen. Denna byggs ut till andra remittenter vid ett ökat uppdrag. SUS deltar redan i den nationella/internationella MDK. SUS planerar vid uppdrag också, liksom tidigare, att arbeta för en stark samverkan mellan de nationella vårdenheterna för kvalitetsarbete, utveckling, fortbildning och forskning.

7. Vilka praktiska konsekvenser för patienter och närstående ser ni av en nationell koncentration av den aktuella vårdinsatsen?

Avseende HIPEC är det viktigaste ur ett patientperspektiv att erbjudas behandling av ett team med hög kompetens. Verksamheten är redan idag nivåstrukturerad till 4 platser i landet. Redovisning av kompetens, volymer, learning curve, patientprocess samt forsknings- och utveckling är av stort värde för att säkra en god vård till berörda patienter. En nationell koncentration innebär fördelar i form av kompetenshöjning, generell kvalitetsförbättring och ökade möjligheter till forskning och utveckling. Den olägenhet som ökade avstånd kan innebära för patienter och anhöriga uppvägs av dessa fördelar.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis stöder RCC Syds ingående landsting och regioner remissen avseende nationella vårdenheter för CRS/HIPEC. Region Skåne, Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge föreslår etablering av ett nationellt centrum för CRS/HIPEC vid Skånes Universitetssjukhus mot bakgrund av en väl etablerad, processorienterad verksamhet med hög kompetens, god regional samverkan, deltagande i nationell/internationell MDK och strukturerat forsknings- och utvecklingsarbete inom området.

Lund 151015

För RCC Syd

Mef Nilbert