

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2016-11-24**Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård**

Regionalt cancercentrum Syd har tagit fram en rapport "Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård" med förslag till arbetsfördelning och utveckling av behandling för kolorektala sjukdomar – cancer i Södra sjukvårdsregionen.

Rapporten har diskuterats i styrelsen för Regionalt cancercentrum Syd vid två tillfällen.

I ärendet förelåg skrivelse 2016-11-17 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

- att** rekommendera huvudmännen att arbeta i enlighet med beslut i styrelsen för Regionalt cancercentrum Syd, del A (kolorektal cancer) i rapporten "Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård",
- att** hänskjuta del B (benign kolorektalkirurgi) till det fortsatta arbetet med projektet arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen.

Bilagor

Skrivelse 2016-11-17 från Södra Regionvårdsnämndens kansli

Rita Jedlert
Direktör
Mobiltfn: 076 – 887 19 95
E-post: rita.jedlert@skane.se

Datum
2016-11-17

Södra Regionvårdsnämnden

Arbetsfördelning kolorektal cancer

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

- 1 Att rekommendera huvudmännen att arbeta i enlighet med beslut i styrelsen för Regionalt Cancercentrum Syd, del A (kolorektal cancer) i rapporten ”Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård”,
2. Att hänskjuta del B (benign kolorektalkirurgi) till det fortsatta arbetet med projektet arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen.

Regionlat cancercentrum Syd har tagit fram en rapport ”Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård” med förslag till arbetsfördelning och utveckling av behandling av kolorektala sjukdomar – cancer och benigna tillstånd - i Södra sjukvårdsregionen. Förslaget bifogas.

Rapporten har vid två tillfällen diskuterats i styrelsen för Regionalt cancercentrum Syd, den 14 september och den 7 november. Efter diskussioner har styrelsen beslutat rekommendera arbetsfördelning för kolorektal cancer i utredningen del A med följande rubriker

- *Nätverkssamarbete med kompetenscentrum och kompetensnoder*
- *Multidisciplinära konferenser*
- *Kolorektalcancer*
- *Analcancer*
- *Onkologisk behandling*
- *Volymförändringar inom cancersjukvården*

Beslutet från styrelsen bifogas.

När det gäller förslaget kring benign kolorektal kirurgi så hänskjuts det fortsatta arbetet till projektet arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen.

Regionalt cancercentrum syds styrelsemöte
2016-11-11 i Lund

Mottagare:
Södra Regionvårdsnämnden

Arbetsfördelning kolorektalcancer

Regionalt cancercentrum syds styrelsebeslut

P. 4.2

Styrelsen ställer sig bakom del A (kolorektal cancer) i rapporten "Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård" och hänskjuter del B (benign kolorektalkirurgi) till SRVN:s projektgrupp. Rapporten tas upp i SRVN för vidare hantering.

Punkten rätt återgiven, intygas



Ingrid Vogel

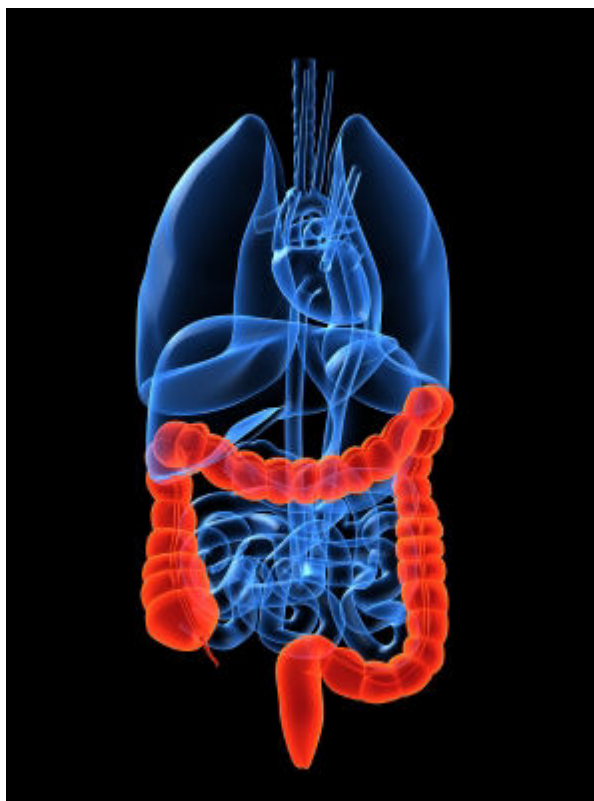
Verksamhetssamordnare, RCC Syd

Beslutet expedierat till

Södra Regionvårdsnämnden/Margaretha Nilsson

Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård

Förslag till arbetsfördelning och utveckling av behandling för kolorektala sjukdomar – cancer och benigna tillstånd - i Södra sjukvårdsregionen



Björn Ohlsson, Blekingesjukhuset, Landstinget Blekinge, Staffan Weiber och Jakob Eberhard, SUS, Region Skåne, Regionala patientprocessledare, RCC Syd i samarbete med lokala patientprocessledare och sektionsansvariga inom kolorektal kirurgi vid sjukhusen i Södra Sjukvårdsregionen

Version 2.0 2016-10-26

Innehåll

Bakgrund och uppdrag.....	4
Sammanfattning	5
Uppföljning	8
Fortbildnings- och forskningsperspektiv.....	8
Del A – Kolorektal cancer.....	12
Patientprocessen	12
Kirurgi	13
Resursperspektiv	17
Bild- och funktionsdiagnostik.....	17
Kolorektal kirurgi och onkologi.....	17
Multidisciplinär konferens (MDK).....	19
Patologi.....	20
Onkologi.....	20
Rehabilitering.....	21
Palliativ behandling.....	21
Framtidsperspektivet.....	22
Patologi.....	23
Koloskopi	23
Kirurgi i ett femårsperspektiv	25
Förslag till omfördelning av patienter från SUS till andra sjukhus.....	26
Särskild arbetsfördelning av kolorektal kirurgi mellan Malmö och Ystad.....	29
Operationsresurser	29
Tillfällig omfördelning av patienter vid belastningstoppar	29
Utveckling av minimalinvasiv kirurgi.....	30
T4-tumörer och lokalrecidiv.....	31
Regional MDK för T4-tumörer	31
Metastaskirurgi.....	32
Regional MDK för metastaserad sjukdom	32
Nationella vårdenheter för analcancer resp. peritonectomi/HIPEC.....	33
Implementering av ny teknik	33
Onkologi.....	34
Rehabilitering.....	34
Palliativ behandling.....	35

Del B – Benign kirurgi.....	36
Kirurgi vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)	36
Proktologi.....	38
Divertikelsjukdom	39
Sammanfattning benign kirurgi	40
Referenser	41

Bakgrund och uppdrag

Kolorektal kirurgi innefattar kirurgisk behandling av sjukdomar i tjock- och ändtarm, tunntarm (exklusive tolvfingertarm) och analregionen. Den volymmässigt dominerande delen utgörs av cancer i tjocktarm och ändtarm (kolorektal cancer) och bland de godartade diagnoserna dominerar inflammatorisk tarmsjukdom (Crohns sjukdom och ulcerös kolit) och divertikelsjukdom (fickbildningar i tarmen). De benigna ingreppen utgör cirka 20 % av det totala antalet tarmresektioner. Färre än 50 fall av tunntarmscancer diagnostiseras årligen i Södra regionen, varav tre fjärdedelar utgörs av endokrina tumörer och GIST som handläggs av endokrinteam och omfattas inte av denna utredning.

Initiativet till utredningen kommer från ett regionmöte med temat "Framtida regionalt samarbete och arbetsfördelning". Även om det sedan lång tid finns en tämligen välfungerade struktur och arbetsfördelning för kolorektal kirurgi inom Södra sjukvårdsregionen har det på senare tid skett förändringar när det gäller uppdrag och behandlingsformer som gör att en översyn av arbetsfördelningen behöver göras, och om detta rådde stor samsyn vid ovan nämnda regionmöte. Detta ledde till fördjupade diskussioner där det framkom att goda förutsättningar för en femårsplan för området. Efter diskussion med ansvariga tjänstemän vid Södra Regionvårdsnämnden och RCC Syd gavs gruppen 160227 i uppdrag (bilaga 1) att genomföra en process i enlighet med RCC Syds nyligen antagna modell för arbetsfördelning (bilaga 2).

Arbetet har letts av regionala patientprocessledare (RPPL) för kolorektal cancer, Staffan Weiber och Björn Ohlsson, i samarbete med lokala patientprocessledare (LPPL) och sektionsansvariga för kolorektal kirurgi på sjukhusen i Södra sjukvårdsregionen. I denna har ingått Marie-Louise Lydrup, SUS, Fredrik Jörngren och Mikael Courouclis, Helsingborg, Daniel Rydbeck, Jerzy Draus och Jonas Karlberg, Halmstad, Jens Wikström, Kristianstad, Birger Pålsson och Mikael Andersson, Växjö, Morgan Nordén, Ystad samt Mattias Söderholm, Karlskrona. Fyra arbetsmöten har hållits och därutöver har materialet kommunicerats via telefon och e-post. I juni 2016 tillträdde Jakob Eberhard, onkolog vid SUS som RPPL och Jakob svarar för de onkologiska avsnitten i utredningen. Avsnitten om bilddiagnostik har granskats av Peter Leander, regionöverläkare inom bild- och funktionsdiagnostik i Region Skåne., och avsnittet om regional forskning har granskats av Ingemar Petersson, forskningschef vid SUS. Slutligen har Mef Nilbert, chef vid RCC syd faktagranskat innehållet.

Utredningen innefattar hela vårdkedjan/patientprocessen och beaktar forskning och kompetensförsörjning inom området kolorektal cancer (del A). Även om cancer är den volymmässigt dominerande diagnosen inom kolorektal kirurgi, är det snarlika operationer som utförs vid benigna kolorektal sjukdomar, varför dessa diagnoser inkluderas (del B). Arbetsgruppen anser det nödvändigt att i sammanhanget beakta hur benign kolorektal kirurgi ska organiseras i framtiden, inte minst för att undvika undanträngningseffekter. Under utredningens gång har förslaget till framtida regionindelning lagts fram och om det skulle genomföras kan det påverka förslagen i denna utredning. Eftersom inga beslut är tagna och signaler har kommit om att förändringar i Södra regionen kan bli aktuella först 2023, ligger en förändrad regionstruktur bortom denna utrednings tidsperspektiv.

Del A hanteras via RCC syd, medan **del B** inkluderas i Södra sjukvårdsregionens pågående projekt kring regional samverkan/arbetsfördelning.

Sammanfattning

Regionens kirurgiska kolorektala team opererar benign och malign kolorektal kirurgi där den förra utgör 20 % av fallen. Även om inte den benigna kirurgin ligger inom givet uppdrag har utredningen beaktat denna, inte minst då volymerna är låga och flera ingrepp är komplicerade, vilket indikerar att arbetsfördelning är relevant också inom benign kolorektal kirurgi. Föreliggande förslag lämnas från en enig grupp av lokala processledare/sektionschefer för kolorektal kirurgi i Södra sjukvårdsregionen.

Diagnosgemensamma perspektiv; endoskopi, forskning och fortbildning

- Koloskopiverksamheten på de olika enheterna organiseras så att den säkrar att utförarna gör minst 200 koloskopier årligen. På sikt eftersträvas en utveckling med endoskopienheter på varje sjukhus där ett fåtal koloskopister har som huvuduppgift att utföra koloskopier.
- Endoskopienheten på SUS utgör kompetenscentrum för endoskopisk submukosal dissektion (ESD). En kompetensnod för denna verksamhet utvecklas.
- Kompetenscentrum och kompetensnoder bedriver forskning inom området och erbjuder deltagande i kliniska studier.
- Samtliga enheter har tillgång till forskningssjuksköterska för inklusion av patienter i kliniska studier.
- Kompetenscentrum och kompetensnod ansvarar för fortbildning inom regionen.
- En kolorektal studierektorsfunktion inrättas med uppgift att samordna och strukturera utbildningen av regionens blivande kolorektalkirurger.
- Fördelning av utförda behandlingar och komplikationer kommer fortlöpande att monitoreras via kvalitetsregistren för koloncancer och rektalcancer samt diskuteras i det regionala processarbetet och följs upp vid RCC syd och andra relevanta aktörer.

Del A – kolorektal cancer

Nätverkssamarbete med kompetenscentrum och kompetensnoder

- Kolorektal kirurgi och kopplad onkologisk verksamhet bedrivs i nätverkssamarbete där man definierar kompetenscentrum och en eller flera kompetensnoder inom de olika diagnosområdena. Kompetenscentrum och kompetensnoder åtar sig regionalt arbetsfördelade åtgärder och erbjuder möjlighet till olika former av samverkan.
- Teknik-, metod- och terapiutvecklingsfrågor (tex transanal TME vid rektalcancer, SIRT vid isolerad levermetastasering och modifiering/införande av ny onkologisk terapi) bedrivs samordnat och strukturerat i regional och nationellt samverkan.
- Utveckling och arbetsfördelning av benign kolorektal kirurgi bör ses i sammanhang med malign kirurgi.

Multidisciplinära konferenser

- Alla patienter med koloncancer, rektalcancer och analcancer ska kunna erbjudas MDK.
- En regional video-MDK etableras för avancerad kolorektal cancer (T4 samt lokalrecidiv) där alla dessa patienter ska diskuteras. Inom området etableras riktlinjer som innebär att:
 - Avancerade tumörer och lokala recidiv i bäckenet behandlas i samverkan mellan kolorektalkirurg, urolog, plastikkirurg, gynekolog vid SUS.
 - Avancerade tumörer och lokala recidiv i övre delen av bukhålan handläggs i samverkan med leverkirurger /övre GI-kirurger vid SUS.
 - Avancerade tumörer och lokala recidiv med engagemang av bukvägg behandlas i samverkan med kolorektalkirurg och bukväggskirurg vid SUS.

- Vid peritoneal carcinos utförs peritonectomi/HIPEC vid SUS enligt nationellt uppdrag.
- Vissa T4 tumörer med begränsad överväxt på bukvägg och eller annat organ kan handläggas vid respektive enhet i enlighet med regionala konferensens rekommendation förutsatt att adekvat kompetens finns.
- En regional konferens för metastaserad kolorektal cancer etableras, och denna bör kopplas till ovanstående T4-konferens.
- Analcancer diskuteras vid den nationella MDK som initieras under 2016.
- En regional MDK för IBD-patienter inrättas med medverkan från gastroenterologer och kolorektalkirurger.

Kolorektal cancer

- Kirurgi för rektalcancer erbjuds vid befintliga sex enheter (Malmö, Helsingborg, Kristianstad, Karlskrona, Växjö, Halmstad).
- Elektiv kirurgi för koloncancer erbjuds vid sju enheter som i tillägg till ovanstående inkluderar Ystad, där en handlingsplan tas fram för att utveckla laparoskopisk kolonkirurgi. Verksamheten i Ljungby konsolideras med Växjö.
- Alla enheter ska kunna erbjuda laparoskopisk kirurgi from 2017. Från 2020 är målsättningen att 80 % av elektiva resektioner för kolorektal cancer stadium T1-T3 görs med minimalinvasiv teknik (laparoskopi eller robot).
- För att optimera patientvolymen och säkra samt möjliggöra handhavande av komplicerad kirurgi vid SUS föreslås en omfördelning av hela patientprocessen enl följande:
 - Patienter med koloncancer och rektumcancer från Eslöv, Höör och Hörby flyttas från SUS till Kristianstad.
 - Patienter med koloncancer och rektumcancer från Kävlinge, Landskrona och Svalöv flyttas från SUS till Helsingborg.
 - Patienter med koloncancer från Svedala, Staffanstorps och Trelleborg flyttas från SUS till Ystad.

Analcancer

- Analcancer, såväl radiokemoterapi som salvagekirurgi, behandlas vid SUS som är en av fyra nationella vårdenheter.

Onkologisk behandling

- Utbudspunkter inom onkologi föreslås oförändrade, men det onkologiska behandlingsansvaret tydliggörs. Bemanningen förstärks på de enheter som saknar onkologiska vårdplatser så att patienter som vårdas för onkologiska komplikationer kan säkras adekvat bedömning av onkologisk expertis.

Volymförändringar inom cancervården

Förslaget innebär i linje med den nationella nivåstrukturering som träder i kraft 2017 att patienter med peritoneal carcinomatosis (n=40 i regionen) samt analcancerkirurgi (n=10) samlas till SUS.

Inom kolorektalcancer innebär förslaget att ca 115 patienters vårdprocesser flyttas från SUS, och därmed minskas antalet kolorektala operationer vid SUS med ca 70. Under de senaste åren har allt fler komplicerade fall (t ex T4-tumörer) överförts till SUS utan resursförstärkning. Inom de närmaste åren förväntas ytterligare koncentration av avancerade fall till SUS. Volymen av dessa är svår att estimeras, men kan beräknas till 30-40 kolorektala cancerfall årligen. Sammantaget bedöms förslaget avseende kolorektalkirurgi ha viss resurspåverkan, och förstärkning kommer att krävas för Helsingborg, Ystad och Kristianstad mot bakgrund av tillkommande uppdrag. I sammanhanget behöver man ha i åminnelse att antalet kolorektala cancerfall i södra sjukvårdsregionen ökar med ca 50 fall/år (ytterligare 250 fall om 5 år), vilket innebär att området i sin helhet behöver prioriteras.

Del B – benign kirurgi

Utveckling och arbetsfördelning av benign kolorektal kirurgi bör ses i sammanhang med malign kirurgi. Nuvarande processgrupp inom RCC lägger nedan fram vissa förslag, men området kräver ytterligare analys. Processgruppen ställer sig villig att fortsatt arbeta med frågan och föreslår att denna inkluderas i det pågående arbetsfördelningsprojektet inom Södra regionvårdsnämnden.

- Akuta och elektiva operationer för divertikelsjukdom utförs på samtliga sju enheter.
- Okomplicerad proktologi (hemorrojder, analfissur, låga analfistlar) bedrivs vid sex enheter i regionen, men inte vid SUS.
- Avseende IBD-kirurgi och komplex proktologi definieras kompetenscentrum och en till två kompetensnoder i regionen.
- IBD-kirurgi indelas i okomplicerad (nivå 1) som ska kunna utföras på samtliga sju enheter och komplicerad (nivå 2) som utförs på kompetenscentrum och kompetensnod. Nivå 1 inkluderar kolektomi (öppet och laparoskopiskt), ileorektal anastomos (öppet och laparoskopiskt) samt förstagångsresektion vid Crohns sjukdom) och ska kunna utföras på alla regionens enheter. Nivå 2 inkluderar bäckenreservoarkirurgi, reresektion vid Crohns sjukdom och kirurgi vid anorektal Crohn och utförs vid kompetenscentrum och kompetensnod.
- Komplex proktologi (höga analfistlar, inkontinens och rektalprolaps) behandlas vid Bäckebottencentrum SUS (kompetenscentrum) och vid en kompetensnod i regionen.
- Definition av kompetenscentrum och kompetensnoder enligt ovan är kvarstående arbete som inte inkluderas i rapporten.
- Vid belastningstoppar kan tillfällig omfördelning göras av i första hand patienter med benigna diagnoser (divertikelsjukdom, IBD-kirurgi nivå 1 och okomplicerad proktologi). Ett nätverk av operationskoordinatorer skapas för att hantera detta.

Beslut och implementering

Utredningen innehåller ett stort antal förslag inom olika områden som berör kolorektal sjukvård inom Södra sjukvårdsregionen. Förslagen behöver brytas ner i delprojekt och ansvariga för beslut och genomförande behöver definieras. Processgruppen för kolorektal cancer inom RCC syd är en naturlig pådrivare och dialogpartner i samtliga projekt, men har givetvis inget mandat att fatta beslut av ekonomisk eller organisatorisk karaktär. Här följer en förteckning över ett antal delprojekt som kan definieras utifrån förslagen ovan och förslag på vem som bör ha ansvar för beslut och genomförande.

Projekt	Ansvar för beslut och genomförande
Organisation av regional T4-konferens och metastaskonferens	Processgruppen kolorektal cancer, RCC Syd i dialog med resp klinikledning
Utveckling av laparoskopisk kolonkirurgi i Ystad	Sjukvårdsnämnd KRYH
Organisation av omfördelning av patienter från SUS till Helsingborg, Kristianstad och Ystad	Sjukvårdsnämnderna SUS, KRUH och SUND
Utveckling av noder för och organisation av benign kirurgi nivå 2	SRVN:s projektgrupp för regional arbetsfördelning
Samordning av kolorektal verksamhet i Kronoberg	Hälso- och sjukvårdsnämnden, Region Kronoberg
Workshop för utvecklingen av klinisk forskning	RCC syd

Uppföljning

Kvalitetsregister med hög täckningsgrad (>95%) finns för koloncancer och för rektalcancer. Ett kvalitetsregister för analcancer initieras. Öppna utdata visas via RCC Syd.

Inom benign kirurgi finns ett IDB-register, men i övrigt saknas kvalitetsdata.

Andra mått som behöver följas upp och värderas är bemanningen av olika kompetenser, antalet ingrepp per kirurg och kostnaden för vården.

Fortbildnings- och forskningsperspektiv

Fortbildning

Program för att uppnå kolorektalkirurgisk specialistkompetens behövs och kan organiseras genom rotationstjänstgöring och den europeiska mallen för ackreditering som kolorektalkirurg appliceras i ett regionalt utbildningsprogram.

En funktion som regional studierektor för kolorektalkirurgisk utbildning införs. Studierektorn ska ha kunskap om vilka som utbildar sig till kolorektalkirurger och säkra praktisk och teoretisk utbildning. Den nationella kursen för kolorektal subspecialisering ingår i utbildningen och ett regionalt nätverk av blivande kolorektalkirurger etableras med gemensamma utbildningskonferenser. Studierektorn kan samverka med linjen kring kompetensförsörjningsbehov på regional basis.

Ett regionalt utbildningsprogram för subspecialisering inom gastrointestinal (GI) onkologi behöver utvecklas. Antalet onkologer som blir inriktade mot GI onkologi är förhållandevis få. Idag bedrivs inom ramen för ST i onkologi en kurs i GI onkologi på nationell basis med tanken att den ska alternera mellan universitetsorterna. GI onkologer regionalt samverkar kring kontinuerlig fortbildning med deltagande vid nationella organspecifika möte och internationella möten och konferenser med kompetensöverföring i form av skriftlig och muntlig rapportering. Utöver detta har gruppen möten minst en gång i halvåret för uppdatering av evidens och rutiner. Planer finns för att etablera ett gemensamt second opinion system.

Klinisk forskning

Södra sjukvårdsregionen har ett befolkningsunderlag på 1,8 milj invånare och 2015 diagnosticerades 1181 patienter med kolorektal cancer, vilket innebär stora patientvolymen som underlag för klinisk forskning. När det gäller den **kliniska verksamheten** inom kolorektal cancer har den process som pågår inom RCC inom regional samverkan och arbetsfördelning skapat möjligheter för ett tillräckligt patientunderlag, men när det gäller **klinisk forskning** återstår mycket att göra. Forskningsaktiviteten behöver stärkas på alla enheter i regionen men också på SUS, och samverkan mellan enheterna rörande kliniska studier behöver förbättras. Enligt aktuella kvalitetsregisterdata (16-05-30) inkluderas idag 45 % av patienterna i Uppsala-Örebroregionen med kolorektal cancer i en behandlingsstudie, men i södra regionen är denna siffra bara 15 %, vilket är lägst i landet. Inom södra sjukvårdsregionen varierar motsvarande siffra mellan 0 % och 35 % mellan de olika sjukhusen och är för SUS del 22 %. De sjukhus i Sverige som inkluderar mest patienter med kolorektal cancer i kliniska studier ligger på över 65 %.

I regionen som under åren har utvecklat ett mycket välfungerande regionalt samarbete i kliniska frågor rörande kolorektal cancer. Inom detta nätverk har gemensamma riktlinjer och behandlingsstrategier tagits fram och nätverket bestående av lokala patientprocessledare (LPPL), kontaktsjuksköterskor och andra medlemmar från de lokala processgrupperna möts fyra gånger per år till gemensamma processmöten som samordnas av regionala patientprocessledare (RPPL). Inom det regionala nätverket för kolorektal cancer har vi vid två tillfällen under 2015 och 2016 med stöd av RCC Syd ordnat utbildning i Good Clinical Practice (GCP) för kontaktsjuksköterskor från de olika sjukhusen i regionen. Tanken är att ge dessa sjuksköterskor möjlighet att fungera som forskningssjuksköterskor på sina hemmakliniker med stöd av erfaren forskningssjuksköterska i Malmö och därmed etablera ett nätverk av forskningssjuksköterskor. Ett tiotal kontaktsjuksköterskor har genomgått denna utbildning.

På de gemensamma processmötena är det ett återkommande ämne att lyfta fram aktuella studier som de olika sjukhusen kan gå med i. Detta har haft som effekt att vissa enheter i regionen engagerat sig i olika studier som de sannolikt inte annars skulle deltagit i. Möjligheten till att samla material i Region Skånes biobank har funnits i flera år, och i Malmö har man startat ett projekt kallat Skånes Tarmbiobank (STABB).

När man betraktar motiven för att bedriva klinisk forskning inom kolorektal cancer och de förutsättningar som finns inom RCC Syd i form av stora patientvolymen och ett välfungerande regionalt nätverk måste man fråga sig varför andelen av patienter som inkluderas i kliniska forskningsstudier är så låg. När denna fråga diskuteras med företrädare för de olika sjukhusen i regionen framkommer ett antal förklaringar.

1. Avsaknad av forskningssjuksköterskor
Tidigare har endast kirurgklinikerna på SUS och Helsingborg haft tillgång till forskningssjuksköterskor liksom onkologiklinikerna i Lund och Växjö. Genom de GCP-utbildningar som ordnats inom RCC syd och det nätverket av forskningssjuksköterskor som håller på att etableras har ett steg tagits på vägen mot att åtgärda denna brist.
2. Tid för forskning i kliniken

Vardagen är för de flesta inom sjukvården idag fylld av aktiviteter som handlar om att utreda och behandla patienter. Trots att det i avtal och riktlinjer talas om att det ska finnas tid till egna studier och reflexion har den luft som fanns i systemet för ett par decennier sedan pressats ut och det är svårt att få utrymme för den extra tid som behövs när det gäller att bedriva klinisk forskning. Det tar extra tid på mottagningen att informera en patient om möjligheten att inkluderas i en klinisk studie och finns inte den tiden låter man bli. Den sjuksköterska som är ansvarig för att registrera patienter i en studie behöver tid avsatt för detta, men det är inte självklart att denna tid beviljas av första linjens chef eftersom det finns vakanser på mottagningen eller avdelningen osv osv.

3. Fokus på produktion

De senaste årens utveckling inom sjukvården har lett till att de ansvariga inom linjeorganisationen blivit tvungna att fokusera allt mer på produktionen för att trots krympande resurser klara väntetider och samtidigt bibehålla kvalitén i vården. I klinikernas uppdrag finns sällan definierade mål som relaterar till forskning. Så länge inte kliniker får tydliga uppdrag att bedriva klinisk forskning, utan detta betraktas som ett frivilligt åtagande i mån av tid, kommer denna situation att bestå.

4. Incitament för forskning

Tidigare var medicine doktorsgrad en förutsättning för högre tjänst möjligen med undantag av länsdelssjukhus. Idag är det inte längre så. Incitamenten för unga kollegor att skaffa sig en forskarutbildning parallellt med sin specialistutbildning eller subspecialisering har blivit allt svagare. Ofta inträffar detta samtidigt med den period i livet där familjebildning sker och barnen är små, med alla åtagande som följer av det. Att då avstå från att forska ter sig som en naturlig prioritering för många unga läkare, framför allt som det inte kan räknas hem i form av högre lön eller tjänst längre fram i livet.

Ska denna ur forskningens synpunkt bekymmersamma utveckling vändas måste vi inom södra sjukvårdsregionen skapa en kultur där forskning och utveckling är en del av den kliniska vardagen. Det måste på alla nivåer inom organisationen tydliggöras att forskning och utveckling är ett lika viktigt uppdrag som behandlingen av patienter. Detta tänkande måste finnas på alla nivåer och inställningen hos första linjens chef och verksamhetschefen måste vara samma som hos förvaltningschef och regiondirektör. Det fungerar inte om regiondirektören säger att forskning skall vara ett prioriterat område samtidigt som avdelningsföreståndaren nekar en sjuksköterska tid att arbeta med att registrera patienter i en behandlingsstudie.

Linjeorganisationen måste ställa krav på forskning. Så länge forskning inte är en del av klinikernas uppdrag och tid och resurser för forskning avsätts, kommer forskning att betraktas som något man kan ägna sig åt i mån av tid, vilken ofta inte finns. I den regionala strukturer som skapats i och med införande av regionala cancercentra utgör alla enheter i regionen en virtuell enhet där vården i alla avseenden skall var likvärdig och detta inkluderar även möjligheten för patienter att inkluderas i kliniska studier. Inom södra sjukvårdsregionen finns flera organ som på olika sätt kan bidra till en positiv utveckling i denna fråga. Här behöver man skapa samsyn och gemensamma mål för forskning och utveckling, och en strategi för hur målen skall nås. Ett första steg i denna riktning skulle vara en gemensam workshop. Bland dessa organ kan nämnas

- Södra regionvårdsnämnden (SRVN)
- Staben för Forskning och Utbildning, Skånes universitetssjukvård(SUS)
- FOU-enheter vid resp förvaltning inom resp landsting/region
- RCC Syd
- Linjeorganisationen inom resp förvaltning
- Nätverket inom kolorektal cancer (LPPL, RPPL) (pilotprocess)
- Lunds universitet, Linnéuniversitet, Högskolan i Halmstad, Blekinge Tekniska Högskola, Högskolan i Kristianstad

För kolorektalcancerprocessen inom RCC Syd behöver vi driva följande frågor för att öka forskningsaktiviteten

- Verka för att samtliga kolorektalenheter har tillgång till forskningssjuksköterska
- Skapa drivkrafter för kliniker och medarbetare att bedriva forskning genom uppdrag kombinerat med avsatt tid och resurser
- Stimulera inklusion i kliniska multicenterstudier genom samarbete med befintliga forskningsnätverk t ex Scandinavian Surgical Outcomes Research Group (SSORG)
- Starta och driva egna studier lokalt, regionalt och nationellt
- I samarbete med RCC Syd och kolorektalcancerregistret bedriva registerforskning
- Delta i uppbyggnad av biobank och bedriva forskning utifrån denna
- Skapa nätverk för doktorander inom kolorektal cancer i södra regionen
- Ta fram ett handlingsprogram med konkreta åtgärder för att underlätta för doktorander (anpassad klinisk tjänstgöring, ledighet för forskning, handledning etc),
- Underlätta att för disputerade kolorektalkirurger att bedriva post doc forskning utanför universitetssjukhuset.
- Utvärdera möjligheterna till forsknings-ST inom kolorektal kirurgi.
- Skapa en policy som innebär att subspecialisering till kolorektal kirurg/onkolog i normalfallet ska innehålla forskning.
- Undersöka möjligheterna att skapa post doc forskartjänster inom kolorektal kirurgi.

Parallellt med satsningen på den kliniska forskningen inom kolorektal kirurgi måste också en fortsatt satsning ske på strukturerade förbättringsprojekt utifrån kvalitetsindikatorer. Projekt som är aktuella i närtid gäller som ovan nämnts palliativt omhändertagande och rehabilitering efter bäckencancer. De kompetenser som finns inom RCC, RCO och andra organisationer lokalt och regional skall ses som naturliga resurser i detta sammanhang.

Del A – Kolorektal cancer

Fram till 1990-talet bedrevs kirurgi för kolorektal cancer på i stort sett alla sjukhus i landet. I och med att man under 1980-talet uppmärksammade problemen med hög frekvens (upp till 30 %) lokalrecidiv efter kirurgi för rektalcancer och introducerade en förfinad operationsteknik (TME-tekniken) som sänkte lokalrecidivfrekvensen, uppstod en diskussion om operationsvolymerna. Detta ledde till att rektalcancerkirurgin koncentreras till färre enheter då ett visst antal operationer krävdes för att kirurger skulle kunna lära sig den nya tekniken. Till den centralisering av rektalcancerkirurgi som nu följde bidrog också tillkomsten av Svenska rektalcancerregistret 1995 där volymer och resultat redovisas öppet. Även koloncancerkirurgi har efter hand koncentrerats på liknande sätt som rektalcancerkirurgin. Kirurgi vid koloncancer är ofta mindre tekniskt krävande än kirurgi vid rektalcancer och volymerna är i princip dubbelt så stora, vilket gör att koloncancerkirurgi idag även bedrivs vid enstaka enheter som inte opererar rektalcancer.

Behandlingen av kolorektal cancer har sedan början av 1990-talet genomgått en betydande utveckling. Från att i princip enbart ha varit ett område där kirurgi var den enda behandlingsmöjligheten och där den preoperativa utredningen var minimal, har idag nya modaliteter vad gäller såväl utredning som behandling tillkommit. Tidigare saknades metoder för att på ett tillförlitligt sätt kartlägga tumörens utbredning och eventuell överväxt på andra organ (T-stadium). Det saknades också behandling för att krympa tumörer som var för stora att kirurgiskt avlägsna. Idag kan man med god tillförlitlighet med hjälp av CT, MR och PET-CT preoperativt kartlägga inte bara T-stadium utan även regional lymfkörtelmetastasering (N-stadium) och fjärrmetastasering (M-stadium). Framför allt när det gäller rektalcancer har vi idag möjlighet att med strålbehandling och cytostatika minska volymen hos en tumör som är för stor att kunna opereras bort med säker marginal. Postoperativt har också olika regimer för adjuvant cytostatikabehandling tillkommit som visats minska återfallsrisken för patienter med vissa tumörkaraktäristika.

Parallellt med denna utveckling har nya metoder för behandling av lokalt avancerad rektalcancer och metoder för att behandling av tumörspridning till bukhinnan (peritonektomi/HIPEC) introducerats. Dessutom har kirurgi för metastaser i lever och lunga blivit etablerade behandlingsmetoder. Nya behandlingsmöjligheter för patienter med icke botbar sjukdom har också tillkommit. Palliativ cytostatikabehandling med eller utan kombination med antikroppsbehandling har gjort att medianöverlevnaden för patienter med spridd tarmcancer ökat från ca tre - sex månader utan behandling till omkring två – tre år för patienter med behandling. Dessa nya utrednings- och behandlingsmodaliteter har gjort behandlingen av kolorektal cancer mer komplex och omhändertagandet, som tidigare var kirurgens angelägenhet, har blivit en multidisciplinär process där röntgenläkare, patologer och onkologer också bidrar med viktig kompetens. Behandlingsrekommendation baseras på en multidisciplinär konferens (MDK). Samtidigt som detta har inneburit stora framsteg och ökat chansen till bot innebär också den ökade komplexiteten risk för att utredning och behandling tar längre tid. Varje nytt steg i behandlingskedjan innebär en ledtid och risk för att patient kan känna sig otrygg och "falla sig mellan stolarna".

Patientprocessen

När Regionalt cancercentrum syd (RCC Syd) bildades 2010 innebar det ett förändrat arbetssätt inom cancervården. Ledordet blev patientprocess (figur 2 och figur 3, sid 26), med betoning på att se patientens vårdprocess från symtom till avslutad behandling som ett kontinuerligt förlopp oavsett de organisatoriska gränser som kliniker, sjukhus och regioner/landsting utgör, och att arbeta för att de övergångar som sker mellan de olika delarna i patientprocessen sker så smidigt och med så korta ledtider som möjligt. Inom kolorektalcancerprocessen har det sedan starten för RCC Syd utvecklats ett

nätverk av de lokala patientprocesssteamerna. Inom detta nätverk har man tagit fram gemensamma riktlinjer, kvalitetsmått och projekt för att utveckla och stärka patientprocessens olika delar. Strävan är skapa en jämlik vård i alla avseenden oavsett var i regionen man behandlas, och om en behandling behöver ges på annan enhet än hemortssjukhuset skall aktiv överlämning ske så att denna övergång i patientprocessen blir så trygg och säker som möjligt.

Det patientprocessorienterade arbetssättet har på kort tid bidragit till att omhändertagandet av patienter med kolorektal cancer förbättrats, bland annat i form av processkartläggningar, kontaktsjuksköterskor och kortade väntetider. Utredningen belyser frågor ur ett patientperspektiv och betonar att detta arbetssätt värnas vid framtida strukturförändringar. Som nämnts är behandling av kolorektal cancer inte längre enbart en kirurgisk angelägenhet och det är därför viktigt att belysa framför allt onkologins roll i patientprocessen.

Kirurgi

Idag opereras koloncancer och rektalcancer nedanstående enheter inom Södra sjukvårdsregionen:

1. Skånes Universitetssjukhus (SUS), Malmö
2. Helsingborgs Lasarett
3. Centralsjukhuset Kristianstad (CSK)
4. Hallands sjukhus, Halmstad (HSH)
5. Centrallasarettet, Växjö (CLV)
6. Blekingesjukhuset, Karlskrona (BLS)

Dessutom opereras koloncancer (men inte rektumcancer) vid

7. Lasarettet i Ystad
8. Ljungby lasarett

Tabellerna 1-2 redovisar antalet patienter som opererats/diagnostiserats med kolon- resp. rektumcancer vid de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen. Att antalet opererade patienter är lägre än antalet som fått diagnosen beror på att vissa patienter på grund av ålder eller generaliserad sjukdom inte bedöms klara av eller ha nytta av operation för sin tarmtumör, utan istället erbjuds palliativ behandling i form av strålbehandling, cytostatika/antikroppar eller enbart symtomlindrande och understödjande behandling.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	71/77	70/77	80/85	81/94	67/83	68/81
Centrallasarettet Växjö	48/55	48/53	67/78	51/60	41/47	42/49
Centralsjh Kristianstad	78/83	84/94	89/90	77/86	100/107	75/87
Hallands sjh Halmstad	54/59	63/70	60/69	48/63	54/66	58/71
Helsingborgs lasarett	106/117	124/142	101/126	105/125	105/118	114/129
Lasarettet i Ystad	50/52	97/102	66/73	65/66	39/43	26/31
Lasarettet Ljungby	40/44	19/27	16/22	17/22	20/25	23/31
SUS Malmö	231/255	191/232	211/240	211/248	233/269	234/272

Tabell 1. Antal patienter med opererad/diagnostiserad koloncancer. Källa: Koloncancerregistret

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	31/40	26/37	36/51	36/55	18/36	31/45
Centrallasarettet Växjö	18/25	16/22	32/36	17/27	25/36	24/35
Centralsjh Kristianstad	31/37	47/53	33/38	33/37	36/49	41/54
Hallands sjh Halmstad	16/28	17/26	19/31	18/34	15/26	24/37
Helsingborgs lasarett	44/60	45/56	33/50	45/68	38/54	47/85
SUS Malmö	127/158	135/164	125/153	119/150	132/173	101/141

Tabell 2. Antal patienter med opererad/diagnostiserad rektalcancer. Källa Rektalcancerregistret

Tabell 3 beskriver antalet operationer där någon del av tarmen tagits bort (tarmresektioner) av benigna orsaker, främst inflammatorisk tarmsjukdom och divertikelsjukdom. Cirka 20 – 25 % av de tarmresektioner som utförs sker på grund av benign sjukdom.

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	28	30
Centrallasarettet Växjö	12	14
Centralsjh Kristianstad	27	29
Hallands sjh Halmstad	27	23
Helsingborgs lasarett	39	37
Lasarettet i Ystad	18	21
Lasarettet Ljungby	8	7
SUS Malmö	82	67

Tabell 3. Tarmresektioner av benigna orsaker. Källa: Vårddatabaser

Koloncancer

Tumör i kolon i stadium T1-T3 opereras idag i princip alltid utan förbehandling. Operationen innebär att det avsnitt av tjocktarmen där tumören är belägen avlägsnas tillsammans med tillhörande tarmkäv där regionala lymfknutor är belägna. Operationen kan utföras antingen öppet eller med minimalinvasiv teknik (laparoskopi eller robot). Ur tumörsynpunkt är metoderna likvärdiga, men de minimalinvasiva metoderna har fördelar ur smärtsynpunkt och är förknippade med kortare vårdtider och mindre risk för ärrbräck än öppen kirurgi. Socialstyrelsen angav i sina riktlinjer 2014 [1] att patienter med cancer i tjocktarmen skall erbjudas möjlighet till operationen med minimalinvasiv teknik då så är möjligt. Dessa riktlinjer har haft till effekt att andelen patienter som opererats med laparoskopisk teknik i Södra sjukvårdsregionen ökat från under 10 % till ca 40 % på två år. Sett ur ett internationellt perspektiv är dock dessa siffror låga och man bör på sikt sträva efter en nivå på 80 % minimalinvasiva operationer vid koloncancer.

När det gäller koloncancer stadium T4 kan man i den preoperativa utredningen med hjälp av datortomografi ofta kartlägga eventuell överväxt på andra organ medan spridning till bukhinnan är svårare att framställa i tidigt stadium. I de fall misstanke föreligger om spridning till bukhinnan tas ofta kontakt med kirurgkliniken i Malmö där kompetens finns att behandla tumörspridning till bukhinnan med tumörreducerande operation i kombination med cellgiftsbehandling i bukhålan (peritonektomi /HIPEC) finns. Man bör så långt möjligt undvika större kirurgiska ingrepp i bukhålan innan denna behandling, varför operationen på hemortssjukhuset ofta begränsas till enbart diagnostisk laparoskopi eller laparotomi.

I dag utförs operationer för koloncancer vid samtliga ovan nämnda enheter i Södra sjukvårdsregionen. Vid T4-tumörer med överväxt på annat organ saknas policy avseende remittering. Komplexiteten i kirurgin är beroende på vilket organ som är engagerat och i vilken utsträckning tumöröverväxt föreligger. Vid en begränsad överväxt mot till exempel bukväggen är det i allmänhet inga tekniska svårigheter att utföra operationen medan det vid överväxt mot tolvfingertarmen eller gallvägarna kan innebära betydande tekniska svårigheter och medföra en betydligt mer omfattande operation.

All kolorektal kirurgi ska bedrivas i samverkan med kolorektal specialist. I akuta situationer på jourtid löses detta oftast med en informell kontakt mellan bakjouren och lokal kollega med kolorektal kompetens. Statistik saknas över hur ofta detta sker idag, men sannolikt är det med ganska liten frekvens eftersom de flesta bakjourer har relativt omfattande erfarenhet av att operativt handlägga tillstånd som ileus och tarmperforationer. Akut kolonileus löses i allmänhet temporärt med avlastande stomi, som inte kräver kolorektalkirurgisk kompetens. I dag är kunskapsläget sådant att man inte vet om avlastning är att föredra som generell akutåtgärd eller bara om kolorektalkirurgisk kompetens saknas. Ett tillstånd som bör kräva medverkan av kolorektalkirurg är operation av akut malign tumörperforation. I allmänhet är inte perforationens natur känd preoperativt och inte alltid intraoperativt heller, men i de fall man under operationen påträffar tumörperforation och tvingas utföra tarmresektion bör kolorektalkirurg tillkallas.

Rektalcancer

Vid rektalcancer utförs den lokala preoperativa kartläggningen med hjälp av MR och CT. Stadindelningen är här avgörande för vilken preoperativ behandling patienten ska rekommenderas. Både tumörens nivå i förhållande till anus, T-stadium, N-stadium och eventuellt engagemang av mesorektal fascia (den hinna som omger ändtarmens tarmkåx) spelar roll för vilken behandling som skall föreslås. Vid tidiga stadier i övre delen av rektum avstår man ofta helt från preoperativ strålbehandling, medan man vid mer avancerade och/eller distala tumörer ger antingen en veckas strålbehandling eller drygt fem veckors strålbehandling kombinerad med cytostatika. Vissa tumörer i stadium T4 kräver att andra organ i bäckenet t ex urinblåsa, prostata, vagina och livmoder tas med vid operationen, och dessutom kan betydande defekter i bäckenbotten skapas som kan kräva plastikkirurgisk rekonstruktion.

Rektalcancer stadium T1-T3 kan likasom koloncancer opereras med öppen eller minimalinvasiv teknik med likvärdiga onkologiska resultat. Andelen minimalinvasiva operationer vid rektalcancer är i samma nivå som för koloncancer. Vid minimalinvasiv rektalcancerkirurgi dominerar robottekniken medan vid konventionell laparoskopi överväger vid koloncancer.

Operationer för rektalcancer stadium T1-T3 utförs på samtliga kolorektalenheter i regionen utom Ystad och Ljungby. Tumörer i stadium T4 remitteras i varierande utsträckning till Malmö beroende på förväntad komplexitet vid operationen. Vissa tumörer i stadium T4 kräver att andra organ i bäckenet tas med vid operationen, och betydande defekter i bäckenbotten kan skapas som kan kräva plastikkirurgisk rekonstruktion. Dessa operationer utförs regelmässigt vid kirurgkliniken i Malmö medan mindre komplicerade T4-tumörer opereras på hemortssjukhuset.

Peritonektomi/HIPEC

Vid spridning av kolorektal cancer till bukhinnan (peritonealcarinos) kan man efter värdering av utbredningen överväga att samtidigt med tumör avlägsna engagerad bukhinna och under pågående

operation ge varm cytostatika i bukhålan. Detta är ett omfattande och tidskrävande ingrepp som också kräver lång vårdtid. Cirka 40 ingrepp utförs vid SUS årligen och man har nyligen fått ett uppdrag som ett av fyra nationella centra för denna verksamhet.

Metastaskirurgi

Idag föreligger övertygande evidens att operation för metastaser i lever och lungor kan leda till långtidsöverlevnad och bot om tumörerna kan avlägsnas radikalt. Kirurgi för levermetastaser utförs i Södra sjukvårdsregionen vid leverteamet, SUS Lund. Operationer för metastaser i lungorna utförs vid Thoraxkliniken SUS Lund respektive Thoraxcentrum vid Blekingesjukhuset i Karlskrona. Till Karlskrona remitteras patienter från Kronoberg och Blekinge. Om samtidig lever- och lungmetastasering föreligger och möjlighet till kirurgi bedöms finnas ska patienten diskuteras på den regionala MDK där både leverkirurgisk och thoraxkirurgisk kompetens medverkar. Alla enheter har möjlighet till videouppkoppling för deltagande.

Analancer

Förutom ovan nämnda tillstånd inom kolorektal cancer remitteras även patienter med analancer för operation till SUS Malmö, som nyligen har fått ett uppdrag att vara ett av två nationella centra för denna kirurgi. Detta handlar om patienter som trots radiokemobehandling (RCT) inte blivit tumörfria utan kräver kompletterande kirurgi, alternativt fått återfall efter RCT. Totalt rör det sig om cirka 20 patienter per år på nationell basis, men kirurgin är ofta resurskrävande och i komplexitetsnivå att jämföra med lokalt avancerad rektalancer.

Transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM)

TEM innebär att operation av förändring i rektum utförs via anus utan att buken behöver öppnas. Detta gäller godartade ändtarmspolyper eller i undantagsfall tidig cancer (stadium T1). Tekniken medger möjlighet att göra fullväggsbiopsier, vilket vid vissa fall av tidig cancer (T1 sm1) kan vara tillräcklig behandling. Utrustning och kompetens för att utföra dessa operationer finns vid SUS Malmö och Centrallasarettet i Växjö.

Endoskopisk submukosal dissektion (ESD)

Denna teknik innebär att man via koloskop avlägsnar större polyper i ändtarm och tjocktarm. Tekniken är relativt ny och har etablerats vid SUS Malmö. Skillnaden jämfört med TEM är att man kan nå tumörer även i tjocktarmen och att man slipper den vidgning av anus som måste utföras vid TEM, vilken kan ha påverkan på kontinensen. Förespråkare för ESD menar att denna metod på sikt kommer att ersätta TEM men om detta råder ännu inte konsensus.

Resursperspektiv

Bild- och funktionsdiagnostik

Datortomografi (CT) och magnetkamera tomografi (MRT) finns vid samtliga behandlande enheter i regionen. Även om det finns en viss kapacitetsbrist på MR-sidan har införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) inneburit att cancerpatienter prioriteras på ett sådant sätt att ledtiderna på 14 dagar för CT och MR kan uppfyllas överlag. För de patienter där koloskopi inte kan genomföras utförs CT-kolon (tjocktarmsundersökning med datortomografi) som standardundersökning på alla röntgenavdelningar inom Södra sjukvårdsregionen idag, vilket innebär att kolonundersökning med bariumkontrast nu i princip har mönstrats ut.

PET-CT används för selekterade patienter med metastasmissstanke och vid lokalt avancerad kolorektal cancer och utförs idag vid SUS Malmö, SUS Lund och vid Centrallasarettet i Växjö. På grund av personalbrist utförs för närvarande PET-CT bara en dag i veckan i Växjö, och generellt finns en kapacitetsbrist vad gäller PET-CT inom Södra sjukvårdsregionen idag. Även om behovet av PET-CT i absoluta tal vid kolorektal cancer inte är särskilt stort i södra regionen, uppskattningsvis ca 200 undersökningar per år, är kapaciteten i Södra sjukvårdsregionen idag så låg att väntetiderna många gånger är oacceptabelt långa.

Kolorektal kirurgi och onkologi

Att överblicka och jämföra personal och resurser för kolorektal vård är inte helt enkelt eftersom uppdrag och organisation skiljer sig från sjukhus till sjukhus. Medan vissa vårdavdelningar enbart vårdar elektiva patienter med kolorektal sjukdom har en annan enhet också i uppdrag att ta hand om akutkirurgiska patienter. På vissa enheter sköter kolorektalkirurgerna själva all koloskopi medan en särskild endoskopienhet bemannad med gastroenterologer eller endoskopister utför koloskopierna på andra enheter. På vissa enheter finns endoskoperande sköterskor. På del flesta enheter innefattas proktologin inom kolorektalteamets uppdrag, på andra inte. Tabell 4-6 beskriver resurstillgången för de olika enheterna och öppenvårdsproduktionen beskrivs i tabell 7.

	Kolorektalkirurger på överläkarnivå	Kolorektalkirurger under utbildning	Onkologer på överläkarnivå	Onkologer under utbildning
Blekingesjh Karlskrona	3,5	2	2	2
Centrallasarettet Växjö	3	1	2	1
Centralsjh Kristianstad	2	3	1	1
Hallands sjh Halmstad	3,5	1	1	2
Helsingborgs lasarett	8	2	1	1
Lasarettet i Ystad	3,5	2	0,3	0
Lasarettet Ljungby	2	2		
SUS	9 (+ 3 tjl)	2	5	2

Tabell 4. Läkarresurser inom behandling av kolorektal cancer

	Kontakt- sjuksköterskor	Forsknings- sjuksköterskor	Stomi- terapeuter	Koloskoperande sjuksköterskor	Uro- terapeuter
Blekingesjh Karlskrona	0,5 + 0,5	0 ¹	1	1	0,5 + 0,5
Centrallasarettet Växjö	1	0	2	3	3
Centralsjh Kristianstad	1	0	1	1	1
Hallands sjh Halmstad	1	0	1	1	0,5
Helsingborgs lasarett	2	0	2		1
Lasarettet i Ystad	0,5 + 0,5	0	0,5	2	0
Lasarettet Ljungby	1	0	1	0	1
SUS Malmö	5	1	3		0 ²

1)Kontaktssjuksköterskor har GCP-utbildning och fungerar som forskningssjuksköterskor

2) Uroterapi sköts av Bäckebottencentrum på SUS

Tabell 5. Sjuksköterskor inom behandling av kolorektal cancer

	Antal vårdplatser	Antal operations- salar / vecka	Antal mottag- ningspass / vecka	Antal kolo- skopipass / vecka
Blekingesjh Karlskrona	12	3	4	4+2 ¹
Centrallasarettet Växjö	12	4	3	5
Centralsjh Kristianstad	10	3,5	4	
Hallands sjh Halmstad				
Helsingborgs lasarett	20	4 ²	6	2 + X ⁴
Lasarettet i Ystad	Vb	3	3	30 pat/v
Lasarettet Ljungby	5	0,5	2	3
SUS Malmö	22	9 ³	17	0 + X ⁴

1)Koloskoperande sjuksköterska

2)Fr o m 16-09-01 ytterligare 1 sal i Landskrona

3)Fr o m 16-09-01 7 operationssalar / vecka

4)Sköts av skopienhet + privata vårdgivare

Tabell 6. Vårdresurser för kolorektal kirurgi

	Antal nybesök Mottagning	Antal återbesök Mottagning	Antal koloskopier
Blekingesjh Karlskrona	628	1010	1638
Centrallasarettet Växjö	450	550	1600
Centralsjh Kristianstad	550	750	
Hallands sjh Halmstad	650	800	1800
Helsingborgs lasarett			
Lasarettet i Ystad			1700
Lasarettet Ljungby	250	300	300
SUS Malmö	1539	2120	

Tabell 7. Öppenvårdsproduktion 2015

Väntetidsituationen varierar över året, men överlag är väntetiderna för långa även för patienter med kolorektal cancer (tabell 8). Även om en förbättring har skett sedan 2013 (tabell 9) sett till Södra sjukvårdsregionen som helhet, var det fortfarande nästan 40 % av patienterna som inte påbörjat behandling inom 42 dagar 2015. Under 2016 har Standardiserat vårdförlopp (SVF) introducerats för kolorektal cancer med väntetid från välgrundad misstanke till behandlingsstart om 37 dagar. Data från sjukhusen inom Region Skåne visar att fram till i maj hade över 80 % av patienter med kolorektal cancer som inkluderats i SVF påbörjat behandling inom den fastställda tiden, vilket indikerar en förbättring jämfört med tidigare.

Diagnos till Behandlingsstart	Andel (%) ≤ 42 dagar 2013	Median (dagar) 2013	Andel (%) ≤ 42 dagar 2014	Median (dagar) 2014	Andel (%) ≤ 42 dagar 2015	Median (dagar) 2015
Blekingesjh Karlskrona	51	42	61	39	58	41
Centrallasarettet Växjö	80	28	75	27	68	34
Centralsjh Kristianstad	77	29	88	27	89	27
Hallands sjh Halmstad	63	38	66	36	69	34
Helsingborgs lasarett	47	44	52	42	37	50
Lasarettet i Ystad	68	34	61	37	78	28
Lasarettet Ljungby	63	33	47	46	93	29
SUS Malmö	22	56	33	54	46	47
Hela Regionen	49	43	54	41	61	38

Tabell 9. Andel patienter med kolorektal cancer där väntetiden mellan diagnos och behandlingsstart är högst 42 dagar. Källa: Kolorektalcancerregistret

Multidisciplinär konferens (MDK)

>95% av patienter med kolorektal cancer diskuteras vid MDK där beslut om rekommenderad behandling fattas. Vid MDK medverkar kirurger, onkologer, röntgenläkare, patologer, kontaktsjuksköterskor och koordinators. Det finns en stor samsyn kring värdet av dessa behandlingskonferenser, men samtidigt är tidsåtgången för MDK stor framförallt vid de enheter som har stora patientvolymmer.

En utredning pågår inom RCC Syd för att belysa värdet av dessa konferenser och om möjligt ta fram riktlinjer och verktyg för att optimera tidsutnyttjandet vid MDK. Av tabell 10 framgår den tid som är avsatt för själva konferensen på respektive sjukhus, men denna tid innefattar inte förberedelse och efterarbete. Dagens MDK är i princip begränsade till respektive sjukhus med undantag för Malmö och Ystad som har en gemensam konferens via videolänk. Möjligheter finns dock för de olika enheterna i regionen att ansluta sig till Malmös MDK om man har något fall som remitterats dit. Det finns också möjlighet att koppla upp sig till HPB-teamets MDK i Lund om är något gemensamt fall skall diskuteras där.

Avsatt tid för MDK	Tim / vecka
Blekingesjh Karlskrona	1,00
Centrallasarettet Växjö	1,00
Centralsjh Kristianstad	1,00
Hallands sjh Halmstad	1,00
Helsingborgs lasarett	1,50
Lasarettet i Ystad	0 ¹
Lasarettet Ljungby	1,00
SUS Malmö	3,25

1) Deltar vid behov i Malmös MDK

Tabell 10. Tidsåtgång för MDK per vecka

Patologi

Patologin för kolorektal cancer inom Södra sjukvårdsregionen uppvisar idag tydliga brister vad avser svarstiderna för undersökning av operationspreparaten (tabell 11). Målet att 80 % av PAD på operationspreparat skall vara klara inom 14 dagar nåddes bara av två sjukhus 2015 och spridningen mellan sjukhuset är stor. Fördröjning av PAD-svaret innebär risk för försening avseende beslut om start av adjuvant cytostatikabehandling, vilket är allvarligt eftersom det finns övertygande evidens för att start av cytostatikabehandling mer än 8 veckor efter operation innebär sämre behandlingseffekt. Vid planerad konverteringsterapi bör en RAS analys göras för att bedöma förekomst av eventuella RAS/RAF mutationer, som är kontraindicerande för tillägg av EGFRi-behandling. Vidare är det i senaste versionen av vårdprogrammet för kolorektal cancer bedömt som en relativt gynnsam prognostisk faktor med förekomst av dMMR-proteiner/MSI, vilket kan övervägas att testas vid selekterat kurativt opererade patienter för bedömning kring korrekt adjuvant terapi. Dessa båda testningar bör kunna utföras med utarbetad rutin och snabbt svar.

	Andel (%) ≤ 14 dagar 2013	Median (dagar) 2013	Andel (%) ≤ 14 dagar 2014	Median (dagar) 2014	Andel (%) ≤ 14 dagar 2015	Median (dagar) 2015
Blekingesjh Karlskrona	82	10	89	10	90	10
Centrallasarettet Växjö	85	10	47	15	50	15
Centralsjh Kristianstad	90	8	97	8	97	8
Hallands sjh Halmstad	27	17	48	15	66	13
Helsingborgs lasarett	87	10	86	9	56	14
Lasarettet i Ystad	44	16	70	12	61	14
Lasarettet Ljungby	73	8	70	8	58	14
SUS Malmö	55	14	63	13	37	16
Hela Regionen	63	13	70	12	60	14

Tabell 11. Tid från operationsdag till PAD-svar (Källa: Kolorektalcancerregistret)

Onkologi

Kolorektal onkologi inom Södra Sjukvårdsregionen uppvisar i dag en varierad bild vad gäller organisation och bemanning, tabell 6. Onkologin inom Region Skåne sköts av Skånes onkologiska klinik

där onkologerna är stationerade vid Skånes Universitetssjukhus. Onkologisk behandling i Helsingborg, Ystad och Kristianstad sköts på konsultbasis. Vid centrallasarettet i Växjö finns en välbemannad onkologisk klinik och vid Blekingesjukhuset finns två seniora onkologer anställda vid onkologiska sektionen vid kirurgkliniken. I Halmstad sköts onkologin via ett konsultavtal med Skånes onkologiska klinik. I relation till ansvarsområden och patientvolym bedöms den gastroonkologiska verksamheten vid SUS vara i behov av förstärkning.

Såväl neoadjuvant, konverterings som adjuvant cytostatika- och antikroppsbehandling ges idag vid alla enheter inom södra regionen som behandlar kolorektal cancer, så även palliativ systemisk behandling. Behandlingen initieras och sköts av onkologer. Patienter som drabbas av komplikationer till cytostatikabehandling vårdas på SUS och i Växjö vid respektive onkologiska klinik. På övriga enheter ansvarar de kirurgiska klinikerna för onkologpatienterna.

Preoperativ strålbehandling vid rektalcancer och palliativ strålbehandling vid metastaserad sjukdom ges i dag vid onkologiska klinikerna i Lund respektive Växjö. Stereotaktisk strålbehandling med eradikerande syfte genomförs vid onkologiska kliniken i Lund. Onkologiska kliniken i Lund har dessutom fått ett nationellt uppdrag att vara ett av fyra centra för kemoterapi och strålbehandling vid analcancer.

Idag finns facilitet att ge både SIRT (Selective Internal Radiation Therapy) och TACE (Transarterial chemoembolization) med DEBIRI (irinotecan eluting beads) för behandling av levermetastaser. Dessa behandlingar administreras via onkologkliniken i Lund i samråd med interventionell radiologi. Vanlig TACE med adriamycin administreras fortsatt via HPB-teamet på kirurgen i Lund i samråd med interventionell radiologi, men även denna terapiform planeras för övertag till onkolog kliniken. Via HPB kirurgen i Lund tillsammans med interventionell radiologi finns det möjlighet att ge IRE (irreversible electroporation). Ev. indikation för samtliga dessa behandlingsmodaliteter diskuteras på HPB MDK.

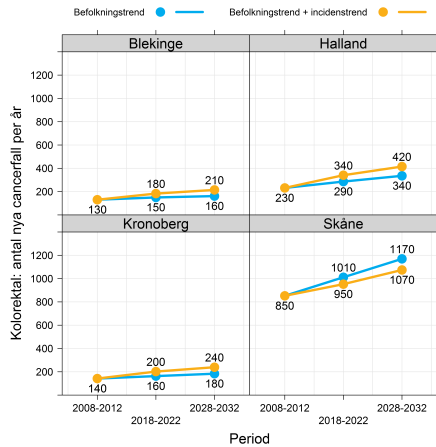
Rehabilitering

Strukturerat arbete kring rehabilitering efter operationen för kolorektal cancer har varit i fokus för RCC syds kolorektalcancerprocess sedan 2011. Kontaktsjuksköterskor har getts särskild utbildning i cancerrehabilitering och på samtliga enheter ingår det i rutinerna att efter operation för kolorektal cancer upprätta en individuell rehabiliteringsplan. Fortfarande återstår dock mycket att göra framför allt för att hjälpa patienter med funktionella besvär efter strålbehandling och operationer mot tumörer i bäckenet. Ett särskilt projekt har under 2016 startat för att bygga upp en regional struktur för att samordna befintlig kompetens och bygga nätverk. Lokala patientprocesssteamerna och lokala rehabteam som finns i Helsingborg, SUS, CSK, Växjö och är under uppbyggnad på Blekingesjukhuset är viktiga samarbetspartners.

Palliativ behandling

Palliativ onkologisk behandling vid kolorektal cancer har de senaste decennierna gjort att medianöverlevnaden för patienter med spridd kolorektal cancer ökat från ca 3-6 månader till omkring 2-3 år. När den palliativa onkologiska behandlingen avbryts finns idag ibland en oklarhet kring patientansvaret. Onkologen har avslutat behandlingen, kirurgen har inte haft kontakt med patienten på lång tid och patienten är ännu inte i behov av specialiserad palliativ vård. I denna situation riskerar patienten att "falla mellan stolarna". Även om organisationen av den palliativa vården ser olika ut vid de olika enheterna är detta ett gemensamt problem som måste lösas. Inom kolorektalcancerprocessen vid SUS Malmö har ett pilotprojekt startat för att hitta lösningar på detta problem och utifrån bl a erfarenheterna från Malmö kommer RCC syd att under hösten 2016 start ett projekt för att stödja utvecklingen av den palliativa delen av patientprocessen även vid övriga enheter.

Framtidsperspektivet



När man betraktar prognoskurvorna för utvecklingen av incidensen för kolorektal cancer i Södra sjukvårdsregionen ser man en ökning som för hela regionens del kan uppskattas till 250 nya fall per år i ett femårsperspektiv (Figur 1). Ökande incidens, nya tekniska och medicinska landvinningar ställer större krav på såväl organisation som resurser när det gäller utredning och behandling av kolorektal cancer i framtiden.

Figur 1. Förväntad utveckling av incidensen av kolorektal cancer i Södra sjukvårdsregionen.

Datortomografi (CT) och magnetresonanstomografi(MRT)

Alla enheter som bedriver kolorektal kirurgi måste kunna bedriva preoperativ utredning för kolorektal cancer, vilket förutsätter CT och MRT och en kapacitet som uppfyller kraven i SVF. Kapaciteten för CT är idag tillräcklig, medan MRT är på gränsen avseende kompetensförsörjning när det gäller bedömningen av MR-bilder. Diagnostiken av MR rektum kräver särskild erfarenhet och kompetens för att den preoperativa stadiindelningen skall hålla tillräcklig kvalitet. Inte minst i samband med MDK finns behov av röntgenläkare med kompetens att bedöma MR-bilder. I dagsläget är inte detta behov tillgodosett på alla enheter och här behövs ett särskilt program för att stärka MR-kompetensen i regionen. From hösten 2016 kommer krav på att radiolog ska fylla i radiologdelen av Kolorektalcancerregistret. Detta innebär utökat arbete även om man inom 5 år kan förvänta automatisk överföring från röntgen till kvalitetsregistret via den nationella tjänsteplattformen. Ett särskilt utvecklingsprojekt bör initieras avseende detta inom ramen för Nationella projektet för datainsamling (NPD).

Positronemissionstomografi-CT (PET-CT)

SoS anger i Riktlinjer för tjock- och ändtarmscancer 2014 [1] att PET-CT skall kunna erbjudas vid lokalt avancerad resp. metastaserad kolorektal cancer där kurativ behandling övervägs. En rimlig uppskattning är att ca 25 % av pat med kolorektal cancer har en lokalt avancerad tumör (stadium T4) eller fjärrmetastaser (stadium M1) vid diagnos. För södra regionens del innebär detta ca 280 patienter. I dag saknas statistik över hur mycket PET-CT som utförs i samband med den preoperativa utredningen av dessa patienter, men det är helt klart en minoritet. En rimlig uppskattning av ökningen av antalet PET-CT utifrån de nya riktlinjerna kan vara ca 200 undersökningar i Södra regionen per år. Lägg därtill att samtliga patienter med analcancer redan idag ska utredas med CT-PET. Detta förutsätter betydligt bättre tillgång till PET-CT i framtiden än vad som gäller idag, och på sikt bör PET-CT finnas på varje enhet som behandlar kolorektal cancer.

Vid vissa andra cancerformer är PET-CT en etablerad metod för att på ett tidigt stadium utvärdera effekten av cytostatikabehandling. På så sätt kan behandlingen redan efter 1-2 veckor ändras om den inte har avsedd effekt, istället för att utvärdera effekten med konventionell CT efter 2-3 månader som är vanligt i dag. Vid kolorektal cancer är denna tidiga utvärdering med PET-CT ännu inte etablerad, men det finns allt mer evidens för att PET-CT kan ge en snabbare och bättre utvärdering av behandlingseffekten av cytostatikabehandling även vid kolorektal cancer [2, 3]. På några års sikt kommer troligen detta att slå igenom även vid kolorektal cancer och behovet av PET-CT kommer då att

öka. Det kan övervägas att initiera en studie på detta område om ett par år när PET-CT-kapaciteten i södra regionen blivit utbyggd.

Patologi

Åtgärdsprogram måste tas fram för att inom den närmaste tiden komma till rätta med de långa svarstiderna för PAD efter operation (tabell 13). Patologi är en bristspecialitet och en åtgärds- och kompetensförsörjningsplan behöver tas fram inom Södra sjukvårdsregionen. En inventering av patologin gjordes 2013 av RCC syd. I denna rapport konstateras bland annat att *”Den nutida och framtida läkarbemanningen är ett stort och växande problem inom specialiteten och förväntas inom den närmsta femårsperioden få en direkt negativ inverkan på cancerdiagnostiken i södra sjukvårdsregionen om inte adekvata åtgärder vidtas.”*

Utvecklingen visar på ökat behov av patologisk diagnostik med fokus på prognostik och behandlingsprediktion. Vi går mot allt för terapival till mer och mer skraddarsydda behandlingar som baserar sig på såväl patient som biologisk heterogenitet. Vi kan förvänta oss att det kommer ställas ännu högre krav på den patologiska diagnostiken närmsta fem åren och därmed blir bristen på patologer än mer hotande för patientprocessen. Samarbete mellan regionens patologavdelningar skulle kunna jämna ut skillnader i svarstider. Krav på att patolog ska fylla i patologdelen till kolorektalcancerregistret kommer att ställas från och med hösten 2016. Inom ett femårsperspektiv skall detta kunna ske med automatisk överföring från röntgensvaret till kvalitetsregistret via den nationella tjänstplattformen. Ett särskilt utvecklingsprojekt bör initieras avseende detta inom ramen för Nationella projektet för datainsamling (NPDi).

Koloskopi

Koloskopiverksamheten är idag organiserad på olika sätt inom Södra sjukvårdsregionen. Vid SUS Malmö utförs all koloskopi vid Endoskopienheten, vilket innebär att i princip all diagnostisk koloskopi utförs av andra än kirurger. Vid Helsingborgs lasarett utförs viss koloskopi av kirurger men huvuddelen utförs av gastroenterologer. Vid övriga enheter utförs koloskopi i huvudsak av kolorektalkirurger. På flera enheter finns specialutbildade sjuksköterskor som koloskoperar. En stor andel av koloskopierna utförs av privata centra, främst i sydvästra Skåne. Till dessa hänvisas främst remisser som inte tas omhand vid SUS respektive Helsingborgs lasarett.

Behovet av koloskopi kommer att fortsätta att öka under kommande år. Även om koloskopi nu stort sett ersatt röntgen som förstahandsmetod vid kolonundersökning, görs fortfarande röntgen i viss utsträckning pga kapacitetsbrist inom koloskopin. En sannolikt kommande allmän screening för kolorektal cancer kommer att öka behovet koloskopier ytterligare (se nedan).

Den framtida koloskopiverksamheten vid enheterna i södra regionen kommer liksom nu att vara olika organiserad beroende på lokala förutsättningar. Det finns både för- och nackdelar med att ha koloskopiverksamheten separerad från kirurgkliniken i en särskild endoskopienhet som vid SUS jämfört med att ha koloskopin integrerad i kolorektalteamens verksamhet som vid de övriga enheterna. Fördelarna med en separat endoskopiverksamhet är att koloskopister får en större volym och kan utgöra en regional spetskompetens. Fördelen med att ha koloskopiverksamheten inom kolorektalteamet är att kolorektalkirurgerna själva ansvarar för hela utredningen, kan ta ställning till ev. behov av upprepad biopsitagning vid inkonklusiva PAD-svar och att patienter där man finner en cancer vid koloskopin direkt kan knytas kolorektalteamet, träffa kontaktsjuksköterska och vårdplan

upprättas. Ett sådan förfarande ökar tryggheten för patienten och förkortar tiden till behandlingsstart. Nackdelen är att det minskar den tid kirurgen kan ägna sig åt operationer.

Koloskoperande sjuksköterskor har under senare år anställs på flera enheten i regionen (Blekinge, Kronoberg, Halland, Kristianstad, Ängelholm och Ystad, och kommer snart att anställas i Helsingborg). Dessa kan på ett utmärkt sätt avlasta läkare när det gäller koloskopiverksamheten. En organisation med koloskoperande sjuksköterska med kolorektalkirurg som back-up gör att patienter där man finner cancermisstänkta förändringar vid koloskopin kan tas om hand på samma sätt som om kolorektalkirurg hade utfört undersökningen. Utbildning av koloskoperande sjuksköterskor pågår och sannolikt kommer fler under de närmaste åren att anställas på de enheter i regionen där kolorektalteamen ansvarar för koloskopiverksamheten.

Behovet av läkare med kompetens inom koloskopi behöver säkerställas och hela koloskopiverksamheten kan inte överlåtas på koloskoperande sjuksköterskor. På varje enhet där koloskopi bedrivs måste det finnas åtminstone 2-3 läkare med kompetens inom koloskopi och den interventionella koloskopin bör i huvudsak utföras av läkare. Liksom kirurger behöver en viss volym av ingrepp för att uppehålla sin tekniska kvalitet behöver den som koloskoperar utföra ett visst antaloskopier per år. Det finns idag inga allmänt vedertagna riktlinjer för hur många koloskopier en koloskopist bör utföra årligen, däremot finns data som talar för att volymen har betydelse för kvaliteten i undersökningarna och för komplikationsfrekvensen. En minsta volym på 250-300 koloskopier per år tycks krävas för en acceptabel kvalitet [5]. Förutom årlig volym spelar tidigare erfarenhet, utbildning och fortbildning roll för kvalitén av koloskopin. Det är därför viktigt att dessa faktorer vägs in när den framtida koloskopiverksamheten organiseras på mindre enheter där kolorektalkirurger utför koloskopier. På sikt eftersträvas en utveckling med endoskopienheter på varje sjukhus där ett fåtal koloskopister har som huvuduppgift att utföra koloskopier.

Inom den pågående SCREESCO-studien pågår nu ett fortbildningsprogram för att öka kompetensen bland koloskopister i Sverige och det är angeläget att dessa och andra utbildningstillfällen för att öka koloskopikompetensen utnyttjas. Inom södra regionen behöver vi ta fram en plan för utbildning och fortbildning av koloskopister.

Screening för kolorektal cancer

Kolorektalcancerscreening erbjuds på befolkningsbas i Stockholm och på Gotland. Efter att inklusionen i SCREESCO-studien avslutats 2018 kan man förvänta sig att allmän screening för kolorektal cancer kommer att införas i hela landet i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer [4]. Detta kommer att öka behovet av koloskopister och leda till att antalet operationskrävande kolorektala cancrar kommer att öka i ett inledningsskede liksom ett antal större adenom som kan komma att kräva behandling med ESD.

Det är viktigt att i nuläget planera för denna förstärkning av koloskopiresurserna inom Södra regionen. En utredning kring förutsättningarna för kolorektalcancerscreening i södra sjukvårdsregionen planeras av RCC Syd under 2016-2017.

Interventionell koloskopi

Enkel intervention som borttagning av små polyper (<1 cm) förekommer vid ca 30 % av diagnostiska koloskopier och utförs idag av såväl koloskoperande läkare som sjuksköterskor på alla enheter i

regionen. Borttagning av större polyper med slyngning utförs i allmänhet av läkare. Det är rimligt att denna fördelning gäller även i framtiden med tanke på risken för perforation och blödning vid borttagning av större polyper.

ESD innebär att man via koloskop avlägsnar större polyper i ändtarmen och tjocktarmen utförs i södra regionen idag endast i vid Endoskopienheten, SUS Malmö. Tekniken kan användas för både tumörer kolon och rektum och kräver ingen narkos, till skillnad från transanal endoskopisk mikrokirurgi (TEM) som är en alternativ metod för tumörer i rektum (men inte i kolon). Litteraturen är inte entydig när det gäller valet mellan ESD och TEM vid rektaltumörer. Vissa studier talar för att TEM vid rektaltumörer ger högre andel radikalt avlägsnade tumörer och färre lokalrecidiv [6], medan andra nyare studier talar för att ESD och TEM är likvärdiga [7] och kostnadseffektiviteten för ESD är högre än för TEM [8]. TEM ofta ger upphov till en ärrbildning kring rektum som inte ses efter ESD, vilket kan skapa tekniska svårigheter i de fall man behöver utföra kompletterande rektumresektion eller rektumamputation, vilket kan inträffa om det första ingreppet inte är radikalt eller vid lokalrecidiv. Till stor del kan ESD sannolikt ersätta TEM, men i speciella situationer kommer TEM fortsatt att vara ett behandlingsalternativ. Antalet ESD förväntas att öka och delvis ersätta dagens teknik med diatermislynga vid större kolon- och rektal-polyper. Endoskopienheten vid SUS Malmö kommer i fortsättningen att vara kompetenscentrum för ESD men behöver sannolikt på sikt att behöva kompletteras med en kompetensnod på annat sjukhus i regionen.

Kirurgi i ett femårsperspektiv

Den övergripande principen har patientens bästa för ögonen. Då patienter med kolorektal cancer genomgår en lång sammanhållen vårdkedja avseende såväl utredning som behandling och uppföljning bör man så långt möjligt beakta närhetsprincipen, men kompetens går före närhet. Andra viktiga principer är kontinuitet och tillgänglighet. Tillgänglighet och kompetens kan ibland leda till att patienter remitteras mellan enheterna. Kontinuiteten upprätthålls då med hjälp av aktiva överlämningar kontaktsjuksköterskor och ansvariga läkare emellan.

Utifrån dagens situation och den ökning av insjuknande i kolorektal cancer som kan förutses de närmaste åren (figur 1) är det rimligt att anta att de enheter som idag bedriver kirurgi för kolon- resp. rektumcancer kommer att behövas även i framtiden. Ökad minimalinvasiv kirurgi kommer att leda till kortare vårdtider och möjligen kan behovet av vårdplatser på grund av detta reduceras något, men behovet av operationsutrymme kommer att öka i takt med att insjuknandet ökar. Ystads lasarett har de senaste åren utfört kirurgi för koloncancer T1-T3. Patienterna har dels kommit från det egna primäruptagningsområdet (ca 30 pat årligen) och dels genom att selekterade patienter remitterats från SUS Malmö. Förutom dessa patienter, som opererats av kirurger stationerade i Ystad, har sedan 2014 också ett antal patienter från Malmö opererats i Ystad av kirurger från SUS (ca 60 patienter årligen). Anledningen till detta är brist på operationsutrymmet på SUS Malmö.

I Ystad saknas för närvarande möjligheter att utföra laparoskopisk kolonkirurgi, vilket inte är acceptabelt utifrån Socialstyrelsens riktlinjer [1]. Samtidigt är det angeläget att elektiv kolonkirurgi bedrivs i Ystad för att kompensera de minskade operationsutrymmena på SUS där större utrymme för högspecialiserad vård krävs. Förutsättningen är en utveckling i Ystad av kolonkirurgin så att den kan bedrivas enligt Socialstyrelsens riktlinjer. Det är därför angeläget att en handlingsplan snarast tas fram för att utveckla laparoskopisk kolonkirurgi även i Ystad. Detta bör ske i samverkan med laparoskopiskt kompetenta kirurger från SUS och CSK. Det är vår bedömning att Ystad även i framtiden kommer att behövas för att regionen skall klaras sitt uppdrag rörande koloncancerkirurgin.

Ett parallellfall till Ystad utgör Ljungby lasarett som också har ett uppdrag som akutsjukhus och där ett relativt litet antal koloncancer opereras årligen (ca 20 st), i huvudsak med öppen teknik. Det kan

ifrågasätts om Kronoberg behöver två enheter för kolonkirurgi. Utvecklingen kommer i framtiden att kräva en gemensam enhet för att uppnå adekvata volymer för kolorektal kirurgi. Det är angeläget att en konsolidering sker av enheterna i Växjö och Ljungby.

Förslag till omfördelning av patienter från SUS till andra sjukhus

SUS ska vara en komplett utbildningscentrum för kolorektal kirurgi och regionens kompetenscentrum. Där ska i princip all basverksamhet finnas liksom högspecialiserad verksamhet. Det som kan diskuteras är hur stor volymen av basverksamheten kan vara. Regionala och nationella uppdrag i form av kirurgi för T4-tumörer, peritonektomi/HIPEC och analcancer gör att viss basal kirurgisk verksamhet som idag dag bedrivs på SUS Malmö kan behöva fördelas om till andra sjukhus. Beaktande närhetsprincipen är det naturligt att tänka sig en omfördelning utifrån geografiska förhållanden.

En av anledningarna till denna utredning är behovet att avlasta SUS Malmö en del av den mindre komplicerade kolorektalkirurgin så att utrymme kan skapas för den högspecialiserade komplexa kirurgin. På senare tid har olika förslag kommit om utflyttning av ett antal operationer från SUS till andra sjukhus i Region Skåne, bland annat benigna operationer. Det antal tarmresektioner som då kan bli aktuella (i första hand elektiva tarmresektioner vid divertikulit och förstagångsresektioner vid Crohns sjukdom) beräknas vara ca 30 årligen, vilket är en för liten volym i förhållande till behovet. Att enbart flytta ut själva operationen vid kolorektal cancer anser utredningsgruppen vara suboptimalt ur ett patient- och processperspektiv, varför gruppen föreslår en förändrad struktur där kolorektala cancerpatienter omfördelas från SUS till andra enheter i relation till bostadsort, detta för att så långt som möjligt skapa en sammanhållen patientprocess.

I tabell 12 beskrivs genomsnittligt antal patienter för de senaste fem åren som handlagts för kolon- eller rektumcancer vid SUS Malmö, hemmahörande i några av Skånes kommuner som geografisk ligger relativt nära även ett annat sjukhus än SUS. En avlastning av SUS kan ske genom en omfördelning där patienter med kolon- och rektumcancer från Eslövs, Höörs och Hörbys kommuner handläggs vid CSK, motsvarande patienter från Kävlinges, Svalövs och Landskronas kommuner handläggs vid Helsingborgs Lasarett och patienter med koloncancer från Staffanstorps, Svedala och Trelleborgs kommuner handläggs i Ystad). Som alternativ till Staffanstorps kommun som ligger geografiskt nära Malmö kan man tänka sig att istället omfördela patienter från östra delen av Lunds kommun (Dalby, S Sandby, Genarp och Veberöd) till Ystad. Befolkningsunderlaget här är motsvarar i det närmaste Staffanstorps kommun.

SUS Malmö skulle i så fall kunna avlastas med i genomsnitt 115 patienter årligen (88 koloncancerpatienter och 27 rektalcancerpatienter). Eftersom andelen patienter med diagnostiserad kolorektal cancer som opereras är cirka 80 % innebär det omkring 90 färre kolorektala operationer för SUS del.

Man måste dock beakta att patienterna i stadium T4 (12 % vid koloncancer och 20 % vid rektalcancer) i stor utsträckning kommer att opereras vid SUS, varför det är rimligt att reduktionen vad gäller antalet operationer kommer att bli något lägre, uppskattningsvis 70 operationer per år. Däremot kan preoperativ utredning och uppföljning ske på det andra sjukhuset.

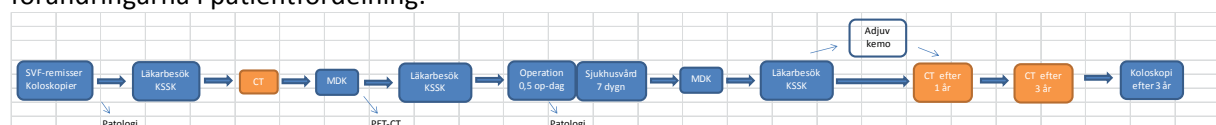
Kommun	Koloncancer Antal pat per år	Rektalcancer Antal pat per år	Totalt ant nya pat per år	Ökning per år
<u>Till Kristianstad</u>				
Eslöv	12	8		
Hörby	5	3		
Höör	6	4		
Summa	23	15	38	28%
<u>Till Helsingborg</u>				
Kävlinge	11	5		
Landskrona	15	7		
Svalöv	5	2		
Summa	31	14	43	32%
<u>Till Ystad</u>				
Staffanstorp	9			
Svedala	7			
Trelleborg	18			
Summa	34		34	56%

Tabell 12. Effekter av omfördelning av patienter från SUS till CSK, Helsingborg och Ystad.

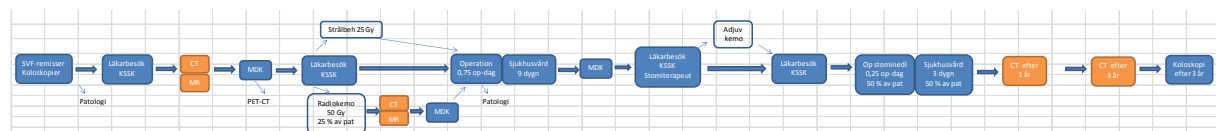
Det är viktigt att framhålla SUS Malmö inte bara blir ett centrum för avancerad kolorektal kirurgi utan måste ha plats för basal kolorektal kirurgi från det egna primäruptagningsområdet (Malmö stad och Vellinge kommun) då laparoskopisk utveckling och utbildning av nya kirurger förutsätter tillgång till okomplicerade T1-T3-tumörer.

Konsekvenser för utflyttning av patienter från SUS

När man försöker uppskatta konsekvenserna av ovan föreslagna omfördelning av patienter med kolon- och rektumcancer är det viktigt att beakta hela patientprocessen (figur 2 och 3). Tabell 13 och 14 beskriver de resursbehov i de olika delarna i patientprocessen som är kopplade till de föreslagna förändringarna i patientfördelning.



Figur 2. Förenklad bild av patientprocessen vid koloncancer



Figur 3. Förenklad bild av patientprocessen vid rektalcancer.

		Helsingborg	Kristianstad	Ystad	Totalt
Antal pat		31	23	34	88
Resurs	Per pat				
Koloskopi (n)	8,15	253	187	277	717
Läkarbesök (n)	3	93	69	102	264
Kontaktssk (tjänst)	0,01	0,31	0,23	0,34	0,88
CT (n)	3	93	69	102	264
MDK (n)	2	62	46	68	176
Operationsdagar (n)	0,57	18	13	19	50
Vård dygn (n)	7	217	161	238	616

Tabell 13. Resursbehov för omfördelade patienter med koloncancer

		Helsingborg	Kristianstad	Totalt
Antal pat		14	15	29
Resurs	Per pat			
Koloskopi (n)	8,15	114	122	236
Läkarbesök (n)	4	56	60	116
Kontaktssk (tjänst)	0,01	0,14	0,15	0,29
CT (n)	3,25	46	49	94
MR (n)	1,25	18	19	36
MDK (n)	3	42	45	87
Operationsdagar (n)	0,935	13	14	27
Vård dygn (n)	10,5	147	158	305
Stomiterapeutbesök (n)	2	28	30	58

Tabell 14. Resursbehov för omfördelade patienter med rektalcancer

I den beräkning som gjorts har de faktorer som använts för beräkningarna skapats utifrån aktuella data i kvalitetsregister, den standard som anges i RCC:s kravspecifikation för kontaktsjuksköterskor (100 pat per kontaktsjukskötersketjänst) och den relation som mellan antal patienter som koloskoperas inom standardiserade vårdförlopp (SVF) i förhållande till antalet påträffade cancrar som kan förväntas utifrån danska erfarenheter med pakkeförlopp (14 % av undersökta patienter hade cancer).

Beräkningarna avser resursförbrukningen som relateras till röntgen och kirurgklinikerna. Resurserna för cytostatika- och strålbehandling kommer inte att påverkas, eftersom alla patienter remitteras till Skånes onkologiska klinik och behandlingen redan nu ges på närmaste utbudspunkt om resurser finns, annars ser omfördelning utifrån tillgängliga resurser. Patologin kan i någon mån påverkas så att belastningen på patologavdelningen i Malmö kommer att minska något och öka något på enheterna i Helsingborg och Kristianstad, men dessa förändringar är inte av den grad att väntetiderna kommer att påverkas i någon större utsträckning. Istället är det så idag att operationspreparat omfördelas mellan patologenheterna i Skåne idag för att belastningen på patologenheten på SUS är så hög (Gunilla Bodelsson, verksamhetschef Labmedicin Skåne, personligt meddelande)

Tabell 13 och 14 beskriver den ökning av resursbehoven som kommer att ske på resp. enhet, och därmed i vilken grad avlastning av SUS Malmö kan ske. I relation till situationen idag måste man ha i minne att när det gäller omfördelningen av patienter till Ystad kommer det i praktiken inte att ske någon större förändring vad gäller operationssalar och vårdplatser på SUS eftersom kirurger från SUS

idag åker till Ystad och opererar "sina" patienter där, utan förändringen består i att kirurgerna i Ystad kommer att få ansvaret för hela vårdkedjan avseende dessa patienter så att utredning och uppföljning också kommer att ske i Ystad.

Det är osannolikt att omfördelningen av patienter till de andra enheterna i Skåne kan ske utan resursförstärkning då det innebär en ökning av belastningen i hela patientprocessen med 34 % för Helsingborg, 28 % för Kristianstad och 56 % för Ystad (tabell 12). Detta kräver närmare analys och dialog med ledningen för respektive sjukhus. Det är också viktigt att framhålla att resurserna för kolorektal kirurgi vid SUS Malmö behålls på nuvarande nivå med bland annat 10 operationssalar per vecka, eftersom meningen med denna omfördelning är att skapa förutsättningar för SUS att uppfylla sina nya nationella uppdrag och ökande regional högspecialiserad verksamhet. Sett ur ett nationellt perspektiv är resurserna till den kolorektala verksamheten vid SUS lägre jämfört med motsvarande enhet i till exempel Göteborg. Kolorektalenheten vid Östra sjukhuset i Göteborg, som har ett upptagningsområde som motsvarar SUS men saknar bäckenbottencentrum, har 19 specialister (överläkare och specialistläkare) och disponerar 18 operationssalar per vecka (Erik Palmqvist, läkare, Östra Sjukhuset Göteborg, personligt meddelande). Motsvarande siffror för SUS är 11 specialister och 10 operationssalar per vecka.

Särskild arbetsfördelning av kolorektal kirurgi mellan Malmö och Ystad

Parallellt med denna utredning har det även pågått en process inom Region Skåne rörande utflyttning av kolorektal operationer från SUS till Ystad, och förslag har lagts om utflyttning av 160 operationer inom ramen för det så kallade "Tillgänglighetspaketet". Förslaget har behandlats i sjukvårdsnämnd KRYH 160916 och i sjukvårdsnämnd SUS 160928. Det förslag till arbetsfördelning som denna utredning lämnar bör inrymmas i beslutet kopplat till "Tillgänglighetspaketet" och ses som en delmängd av de beslutade 160 operationerna med underlag som är relevant för implementering av beslutet.

Operationsresurser

Operationskapacitet anses av processgruppen vara den största orsaken till väntetid. De senaste åren har SUS och Helsingborg minskat antalet öppna operationssalar på grund av brist på operations- och narkossjuksköterskor. Någon överkapacitet att tala om finns knappast i övriga regionen heller, varför en utflyttning av kolorektalpatienter från SUS måste åtföljas av resursförstärkning på mottagande sjukhus. På både kort och lång sikt är det dock av största vikt att frågan om personalbristen inom operation och anestesi snarast utreds och ett åtgärdsprogram tas fram så antalet fungerande operationssalar kan öka istället för att minska. En sådan utredning bör initieras snarast, förslagsvis på uppdrag av Södra regionvårdsnämnden.

Tillfällig omfördelning av patienter vid belastningstoppar

Också inom andra delar av regionen kan enheterna behöva hjälpas åt när belastningen är extra hög. Tänkbara sådana områden är förutom centrala Skåne, nordvästra Skåne – södra Halland-västra Kronoberg, östra Skåne-västra Blekinge-södra Kronoberg. Det är dock viktigt att framhålla att så långt möjligt undvika att remittera cancerpatienter mellan sjukhusen av tillgänglighetsskäl utan istället välja andra patientkategorier med benigna diagnoser där det inte finns samma behov av en sammanhållen patientprocess.

För att på bästa sätt kunna koordinera fördelningen av patienterna vid hög belastning behöver ett system för detta etableras. En möjlighet att göra detta är att skapa ett nätverk av

operationskoordinatorer. Här kan man ha aktuell kunskap om väntetider och operationskapacitet som gör att patientflödena kan optimeras. Remisser kan då styras direkt till behandlande enhet. Om patient sedan önskar uppföljning på sjukhus som ligger närmre hemorten skall självfallet patientens önskemål styra och aktiv överlämning ske.

Utveckling av minimalinvasiv kirurgi

Sedan Socialstyrelsens riktlinjer kom 2014 har den minimalinvasiva kirurgin på de flesta enheter i regionen har en mycket positiv utveckling med två undantag, SUS Malmö och Ystads lasarett. Sett till regionen som helhet ligger andelen laparoskopiska ingrepp vid kolorektal cancer på 40 % vilket är i nivå med övriga regioner i landet. Målsättningen på fem års sikt skall dock vara att ligga i nivå med de bästa centra i världen, det vill säga 80-90 % för T1-T3-tumörer vid både colon och rektum. Anledningen till att ingen laparoskopisk kolonkirurgi utförs i Ystad torde främst bottna i en osäkerhet om kolonkirurgins långsiktiga status i Ystad. Ur ett långsiktigt perspektiv är det dock svårt att se hur kolorektalkirurgin i Skåne skulle kunna klara sitt uppdrag utan den volym på ca 100 kolorektala resektioner som årligen utförs i Ystad utan betydande resursförstärkning på annat håll. Den profil som Ystads lasarettens kolonkirurgiska verksamhet har lämpar sig mycket väl för att bedrivas laparoskopiskt och det är därför av vikt att ett långsiktigt strategibeslut tas om kolonkirurgin i Ystad så att ett strukturerat projekt för implementering av laparoskopisk kolonkirurgi kan komma igång så snart som möjligt.

På SUS Malmö gjorde man under 2013 ett ambitiöst projekt för att utveckla den laparoskopiska kirurgin och andelen laparoskopiska operationer ökade och uppgick 2014 till 25 %. Därefter har andelen laparoskopiska operationer för koloncancer minskat till omkring 15 %. När det gäller minimalinvasiv kirurgi för rektalcancer på SUS har dock en successiv ökning skett från 12 % 2013 till 34 % 2015. Anledningen till denna divergerande utveckling är att den laparoskopiska satsning som inleddes 2013 avstannade sommaren 2014 då personalbrist på centraloperation i Malmö gjorde att operationer fick flyttas till Kvinnoklinikens operationsavdelning och till Ystads lasarett. Detta ledde till att patienter som annars var lämpade för laparoskopisk kirurgi fick flyttas till Ystad som i dagsläget saknar möjlighet till laparoskopisk kirurgi.

Den rådande bristen på operationssalar på SUS har lett till att den laparoskopisk utveckling som inleddes 2013 har stagnerat och degenererat, vilket har lett kompetensförlust då tre laparoskopiskt utbildade kolorektalkirurger har lämnat teamet i Malmö. Det är av största vikt att SUS Malmö säkrar resurser i form av operationssalar där laparoskopisk kolorektalkirurgi kan bedrivas så att denna negativa spiral kan vändas. SUS bör överväga att ta fram en strategi för arbetet då SUS bör ha rollen som regionens kompetenscentrum även när det gäller utvecklingen inom minimalinvasiv kirurgi. På grund av bristande operationsutrymme på Helsingborgs lasarett planerar man att under hösten 2016 börja operera laparoskopisk kolonkirurgi i Landskrona en dag per vecka. Operationerna ska utföras av kirurger från Helsingborg. Även om det kan finnas argument för en sådan konstruktion, är det suboptimalt utifrån perspektivet att kolorektalkirurgisk kompetens bör finnas tillgänglig alla veckans dagar på enheter där kolorektal kirurgi bedrivs för att komplikationer skall handläggas i tid och på korrekt sätt. En betydligt bättre lösning vore om kolorektalteamet i Helsingborg fick utökad operationstid på operationsavdelningen i Helsingborg och annan mindre komplikationsbelastad kirurgi flyttas till Landskrona.

T4-tumörer och lokalrecidiv

Omkring 20 % av patienter med rektalcancer och cirka 12 % av patienter med koloncancer bedöms vid preoperativ utredning ha tumörer i stadium T4, tabell 15 och 16. I utredningen av dessa patienter är en noggrann kartläggning av lokala förhållanden kompletterad med metastasutredning innefattande PET-CT nödvändig. Vid rektalcancer krävs i de flesta fall krävs en preoperativ neoadjuvant behandling med radiokemoterapi.

Preop stadium	T 1-2		T 3		T 4		Oklart el saknas	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekingesjh Karlskrona	57	22	106	40	57	22	44	17
Centrallasarettet Växjö	43	24	51	28	28	15	59	33
Centralsjh Kristianstad	34	13	160	60	58	22	16	6
Hallands sjh Halmstad	38	21	56	31	33	18	55	30
Helsingborgs lasarett	48	13	194	52	72	19	59	16
SUS Malmö	257	27	365	39	162	17	155	17
Totalt	485	21	957	42	424	19	408	18

Tabell 15. Antal patienter med rektalcancer 2010-2015 per sjukhus för delat på T-stadium (Källa: Rektalcancerregistret)

Preop stadium	T 1-2		T 3		T 4		Oklart el saknas	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Blekingesjh Karlskrona	80	15	218	41	48	9	184	35
Centrallasarettet Växjö	32	9	63	18	46	13	209	60
Centralsjh Kristianstad	113	19	342	58	78	13	53	9
Hallands sjh Halmstad	26	6	56	13	46	11	290	69
Helsingborgs lasarett	93	12	276	35	125	16	302	38
Lasarettet i Ystad	28	7	55	14	29	8	269	71
Lasarettet Ljungby	14	8	33	18	28	16	104	58
SUS Malmö	284	18	354	22	202	13	765	48
Totalt	670	14	1397	29	602	12	2176	45

Tabell 16. Antal patienter med koloncancer 2010-2015 per sjukhus fördelat på T-stadium. Källa: Koloncancerregistret

Regional MDK för T4-tumörer

Värdet av multidisciplinär behandlingskonferens för rektalcancer via video inom en region med 1,4 miljoner invånare beskrevs nyligen av en kanadensisk grupp [9]. I 53 % av fallen påverkades den planerade behandlingen av konferensens rekommendationer och slutsatsen blev att alla patienter med rektalcancer bör genomgå en sådan konferens. Inom RCC syd genomgår i det närmaste 100 % av patienterna med kolorektal cancer MDK på hemortssjukhuset. När det gäller patienter med T4-tumörer bör dock dessa även diskutera på en regional MDK där till exempel kompetens för avancerad bäckenkirurgi finns representerad. För Södra regionen beräknas 80 stycken T4 tumörer årligen vara i behov av att tas upp på en sådan MDK.

Regional MDK kan ske med där samtliga enheter har möjlighet att kopplas upp via videolänk. Föredragande vid konferensen ska vara ansvarig läkare vid den primärt utredande kliniken med

närvaro av kontaktsjuksköterska. Deltagare rekommenderas vara: kolorektalkirurg med kompetens i bäckenutrymning, onkolog, radiolog, och kontaktsjuksköterska. Till konferensen skall vid behov knytas urolog, plastikkirurg, gynekolog samt kirurg med kompetens inom övre gastrointestinal kirurgi. Konferensens rekommendation delges patienten av teamet vid primärt utredande klinik.

Riktlinjer för handläggning av T4-tumörer

Inom området etableras riktlinjer som innebär att:

- Avancerade tumörer och lokala recidiv i bäckenet behandlas i samverkan mellan kolorektalkirurg, urolog, plastikkirurg, gynekolog vid SUS.
- Avancerade tumörer och lokala recidiv i övre delen av bukhålan handläggs i samverkan med leverkirurger/övre GI-kirurger vid SUS.
- Avancerade tumörer och lokala recidiv med engagemang av bukvägg behandlas i samverkan med kolorektalkirurg och bukväggskirurg vid SUS.
- Vid peritonealcarinos utförs peritonektomi/HIPEC vid SUS enligt nationellt uppdrag.
- Vissa T4 tumörer med begränsad överväxt på bukvägg och eller annat organ kan handläggas vid respektive enhet i enlighet med regionala konferensens rekommendation förutsatt att adekvat kompetens finns.

Neoadjuvant/konverterings- behandling

Onkologiska kliniken i Växjö och Onkologiska Kliniken SUS, Lund kan ge komplett neoadjuvant- och konverteringsbehandling omfattande såväl strålning som kemoterapi och antikroppsbehandlingar. Kemoterapi och antikroppsbehandlingar kan ges vid samtliga övriga enheter i regionen.

Patientprocess

Efter genomförd kirurgi och postoperativ vård skall patienten återgå till patientprocessen inom den primärt utredande enheten.

Metastaskirurgi

Patienter med metastaserad kolorektal cancer har i ökande omfattning med framgång kunnat erbjudas kurativt syftande kirurgi. De områden som framförallt varit aktuella för kirurgi är metastasering till lungor och/eller lever. I regionen har denna typ av kirurgi etablerats vid Thoraxkliniken, SUS och vid Thoraxcentrum, Blekingesjukhuset Karlskrona. Levermetastaskirurgi bedrivs vid HPB teamet på SUS.

Regional MDK för metastaserad sjukdom

Man bör även överväga att skapa en regional konferens för all metastaserad kolorektal cancer. Vid en sådan konferens medverkar kolorektalkirurg, leverkirurg, thoraxkirurg och onkolog. Tidsmässigt skulle denna konferens kunna ligga i anslutning till T4-konferensen. Förutom att denna konferens skulle avlasta lokala MDK för kolorektal cancer samt HPB-konferensen i Lund, skulle den säkerställa en jämlik bedömning av patienter med metastaser och sannolikt öka möjligheterna till inklusion i kliniska studier. Linköping har en välfungerade sådan konferens. (Olof Hallböök, kirurg i Linköping, personligt meddelande).

Nationella vårdenheter för analcancer resp. peritonektomi/HIPEC

Regionala cancercentrum i samverkan har föreslagit centralisering av sju cancerbehandlingar. Inom området kolorektal kirurgi är det analcancer och cytoreduktiv kirurgi med intraperitoneal kemoterapi (peritonektomi/HIPEC) där beslut är taget enligt nedan.

Analcancer:

- Radiokemoterapi: Akademiska sjukhuset, Norrlands universitetssjukhus, Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Skånes universitetssjukhus.
- Kirurgisk behandling (salvage surgery): Sahlgrenska Universitetssjukhuset samt Skånes Universitetssjukhus.

Peritonektomi/HIPEC:

- Akademiska sjukhuset, Karolinska universitetssjukhuset, Sahlgrenska universitetssjukhuset samt Skånes universitetssjukhus.

För Södra regionen innebär det att kompetensen kommer att finnas vid SUS och utgör södra regionens remissinstans. För SUS innebär det ett behov av ökade resurser för att tillgodose det nationella uppdraget och den totalt sett förväntade ökningen av patienter som kan bli aktuella för behandling. Vidare kommer ett ökat behov för utbildnings- och forskningsinsatser att krävas. Beredskap för oplanerad HIPEC vid T4-tumörer måste också finnas vid SUS.

Implementering av ny teknik

Samverkan krävs kring implementering av ny teknik som t ex transanal total mesorektal excision (taTME), SIRT vid isolerad levermetastasering och modifiering/införande av ny onkologisk terapi. Sådan utveckling skall bedrivas samordnat och strukturerat i regional och nationellt samverkan.

Transanal total mesorektal excision (taTME)

Transanal total mesorektal excision är en relativt ny operationsteknik för rektaltumörer som innebär att dissektionen görs via anus med minimalinvasiva instrument. Tumörer i rektum T1-T3 kan opereras med kurativ intention med denna teknik. Tekniken kan ha en fördel framför operation via bukhålan bland annat hos överviktiga patienter. I Sverige har man i Göteborg opererat enstaka patienter på detta sätt och i Malmö planerar man att starta hösten 2016. Enheterna i Halmstad och Kristianstad har också visat intresse för denna teknik. Det är viktigt att denna, liksom alla ny teknik, införs på ett ordnat och strukturerat sätt i samverkan mellan de berörda enheterna. När frågan om införande av taTME nyligen diskuterades på Kirurgveckan i Malmö, var det uppenbart att det finns konsensus kring att införande av denna teknik ska ske inom ett strukturerat nationellt program som leds av Svensk Förening för Kolorektal Kirurgi. Förslaget är därför att i nuläget inte ta några regionala initiativ i denna fråga utan invänta det nationella projektet, men när det kommer igång föreslås enheterna i Malmö, Halmstad och Kristianstad samverka kring införandet av tekniken i Södra sjukvårdsregionen.

Onkologi

På fem års sikt får vi inom Södra sjukvårdsregionen räkna med det årliga antalet patienter som insjuknar i kolorektal cancer ökar cirka 250 (Figur 1). Detta ställer krav på ökade resurser inom onkologin vad gäller såväl strålbehandling och cytostatikabehandling.

Indikationerna för onkologisk behandling vid CRC har succesivt ökat, så även den terapeutiska arsenalen, från att vid millennieskiftet ha begränsat sig till preoperativ strålbehandling samt 5-FU behandling adjuvant, till att nu vara en av de största diagnosgrupper i onkologisk verksamhet. Allt tyder på att denna utveckling fortsätter framöver. Det blir en utmaning att möta utvecklingen och det bör finnas en bra infrastruktur för att facilitera detta. Okomplicerade samt palliativa behandlingar som ges med relativt hög frekvens både inter- och intraindividuellt att ges så geografisk fördelaktigt som möjligt för varje patient. När det är mer ovanliga behandlingar och/eller situationer bör det i högre grad centreras för att säkra adekvat kompetens. Inom onkologin blir precision medicine och hantering av tumörheterogenitet allt viktigare vid val av onkologisk behandling. Vidare kan man förvänta behandlingsprinciper som skiljer mellan undergrupper av tumörer och mellan koloncancer och rektalcancer. Nya behandlingskoncept innefattar biologiska behandlingar och immunoterapi. Samtidigt behöver dessa behandlingar hanteras i relation till allt fler äldre patienter med komorbiditet. Generellt ökar den polikliniska verksamheten samtidigt som slutenvårdplatserna ökar, vilket ställer krav på förbättrad poliklinisk struktur och utökad ASIH-verksamhet.

Det bör finnas möjligheter att bedriva onkologisk terapi på patienter med primärinsjuknande, svår symtomatologi och god chans till behandlingsrespons inom ramen för slutenvård. Idag är det möjligt vid SUS, Lund och Växjö. Vanliga behandlingsassocierade biverkningar eller tumörassocierade symtom som kan kräva slutenvård, så som t.ex. febril neutropeni, blödning, ileus, illamående, smärtor, ascites, diarré, obstipation, nutritionsproblem, ikterus och mukositet ska kunna hanteras optimalt oberoende bostadsort. Optimalt bör dessa patienter vid behov kunna bedömas multidisciplinärt involverandes en eller flera av kirurg, onkolog, palliativ medicinare, såväl som annan lämplig subspecialist utifrån symtomatologi. Vid metastaserad kolorektalcancer har överlevnaden ökad från median 6 månader på 80-talet till nära 30 månader idag. Detta innebär väsentligt längre behandlingstider, vilket ställer krav på bemanning, utrymme och nya farmaka.

Indikationerna för strålbehandling vid kolorektal cancer kommer antagligen att vara oförändrade. Däremot leder fler cancerfall till mer behov av strålbehandling. Generellt räknar man med att strålbehandlingarna (alla cancerfall) ökar med 7 % per år. Möjligen kan ett utökat samarbete mellan Lund och Växjö bidra till ökad tillgänglighet. Wait-and-watch vid rektalcancer är ännu enbart aktuellt hos väldigt få patienter och kommer inte påverka volymerna i någon högre grad. En underanvändning finns avseende stereotaktisk strålbehandling mot singel- eller fåtalsmetastaser, men även vid volymökning är effekten marginell.

Rehabilitering

Framför allt efter behandling för bäckencancer (låg sigmoideumcancer, rektalcancer och analcancer) förväntas ökat behov av insatser med tanke på att denna grupp av patienter allt mer börjat uppmärksammas på senaste tiden. Det projekt inom detta område som just inletts syftar till att skapa ett nätverk som involverar alla enheter inom regionen som bedriver kolorektalkirurgi. I framtiden har den koordinatorsfunktion som nu planeras utvecklats till ett bäckenrehabcenter som utgör kompetenscentrum för komplexa fall och koordinerar regional kompetensutveckling och forskning. De lokala cancerrehabteam som skapats eller håller på att skapas på de olika enheterna utgör naturliga samarbetspartners inom detta område. Cancersjukdom generellt inkräktar på varje individs

personlighet, integritet, funktion och självbild, så även potentiellt för anhöriga. Det innebär att utveckling och behov av rehabilitering kontinuerligt måste värderas och förbättras. Utvecklingspotential och regionala nätverk kan utarbetas för de mer konventionella rehabiliteringsinsatserna så som nutrition, fysioterapi, arbetsterapi, psykoterapi, familjestöd, sexologi och psykologi, men även i ett bredare perspektiv involverande existentiella, etiska och humanistiska problem ur både individuella och generella perspektiv.

Palliativ behandling

Principiellt har denna grupp under de senaste 15 åren haft en succesivt förbättrad överlevnadskurva. Det innebär att fler lever längre och det finns anledning att tro att det kan förbättras ytterligare. Det innebär att vi har hand om varje patient under en längre tid och detta har det aldrig tagits höjd för i några kalkyler. I princip belastar det främst vår öppenvård och det är en orsak till att vi behöver expandera den. Det behövs också en tydlighet vem som har ansvar i olika skeenden och det kan för onkologens del förbättras främst i två situationer, för det första bör alla patienter kanaliseras till rätt instans direkt, som det är nu kan flera patienter hamna på onkologisk klinik med onkolog som PAL när de direkt borde hamnat hos ASIH eller distrikt, omvänt kan enstaka patienter hamna hos ASIH eller primärvård som borde vara PAL:ade hos onkolog då de potentiellt kan ha nytta av onkologisk terapi. För det andra bör de i "andra änden" dvs. när de varit på onkologen och är bortom onkologisk terapi alternativt inte i skick för det hamna på rätt nivå direkt, vilket igen innebär ASIH eller distriktsvård. Det pågår för närvarande ett projekt i Malmö och Lund med målsättning att få en gemensam hållning till hur detta ska se ut och vem som har ansvar i olika situationer samt rimliga ledtider att sträva mot för bedömningar/anslutningar. Vi hoppas att de kriterier för kvalitativ vård som vi inom professionen (onkologi/kirurgi/palliativa enheterna samt distrikt) sätter upp ska accepteras och att vi därefter får en uppföljning och en aktion för att det ska kunna genomföras till gagn för patienter. Faller detta väl ut kommer förslag på motsvarande struktur även föras över till övriga enheter i regionen. Hanterandet av våra svårast sjuka patienter speglar i stort om samhället är friskt eller inte, visionen är att palliativa patienter ska kunna erbjudas en evidensbaserad vård med låg friktion i systemet och en snabb access till rätt instanser och vårdnivåer där vi även möter det som är speciellt för dessa patienter, dvs. den kroniska situationen med allt vad som följer med detta i form av komplexa både medicinska, humanistiska och etiska dilemman.

Del B – Benign kirurgi

När man betraktar väntetiderna för benign kolorektal kirurgi är det svårt att få en heltäckande bild (tabell 8). Uppenbart är att det på många håll är långa väntetider (mer än 3 månader) för vissa ingrepp som ur medicinsk synpunkt inte är högprioriterade, t ex nedläggning av sigmoideostomi efter akut operation för divertikulit (Hartmans operation). För patienter med proktologiska sjukdomar är väntetiderna för operation vid Bäckerbottencentrum i Malmö för närvarande 17 månader. Men det finns också benigna kolorektal diagnoser som blir högt prioriterade och snabbt handlagd t ex svår inflammatorisk tarmsjukdom. Bristen på operationsutrymme anses av utredningsgruppen vara den viktigaste begränsandefaktorn.

Kirurgi vid inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Patienter med Crohns sjukdom löper risk att behöva genomgå upprepade operationer dels i bukhålan och dels i analregionen. För varje operation som utförs ökar komplexiteten och när det gäller kirurgi på tunntarmen är ett av de viktigaste målen att bevara så mycket tarm som möjligt för att inte äventyra näringsupptaget. Patienter med komplicerad Crohns sjukdom är ofta föremål för remiss till särskild enhet med stor erfarenhet av denna kirurgi, och i södra regionen utgör SUS Malmö detta referenscentrum.

Patienter med ulcerös kolit som genomgått operation där hela tjocktarmen tagits bort (kolektomi) kan få tarmkontinuiteten återställd genom att en konstgjord ändtarm skapas av tunntarm som ansluts till analkanalen, så kallad bäckenreservoar. Volymen av denna kirurgi är tämligen liten, i Södra regionen handlar det om ca 10 patienter per år som är i behov av att få en bäckenreservoar. Idag utförs dessa operationer på SUS Malmö, CSK och på Blekingesjukhuset i Karlskrona.

Tabell 17-21 beskriver antalet ingrepp relaterat till inflammatorisk tarmsjukdom vid de olika enheterna. Kirurgisk behandling vid inflammatorisk tarmsjukdom har de senaste åren minskat i frekvens till följd av nya läkemedel och denna utveckling kommer sannolikt att fortsätta. Första operationen för inflammatorisk tarmsjukdom bör i princip utföras med laparoskopisk teknik, liksom rekonstruktiv kirurgi efter kolektomi i form av ileorektal anastomos eller bäckenreservoar. Kolektomi är vanligen ett subakut ingrepp och skall kunna utföras på alla kolorektalenheter med öppen eller företrädesvis laparoskopisk teknik. Okomplicerad förstagångsresektion vid mb Crohn (ileocekalresektion, tunntarmresektion och kolonresektion eller kolektomi) är också ingrepp skall kunna utföras på alla enheter.

Resektion vid Crohns sjukdom tenderar att bli mer komplicerad för varje operation, dels pga. adherenser efter tidigare kirurgi, dels pga. mer komplicerad sjukdom. Det finns ett behov av att samla denna kirurgi till ett regionalt kompetenscentrum och en regional kompetensnod. Det är också rimligt att till dessa två enheter samla regionens behov av rekonstruktiv kirurgi i form av bäckenreservoarkirurgi. Ileorektal anastomos bör kunna utföras på alla enheter i regionen.

Endoskopisk kompetens är relevant också för benigna kirurgiska sjukdomar. Tillgång till endoskopisk kompetens finns på alla enheter i regionen vad gäller diagnostik. Volymen av endoskopiska dilatationer är sannolikt inte så hög, men kräver tillgång till akut kirurgisk kompetens om perforation skulle uppstå.

Anorektalt engagemang vid Crohns sjukdom kräver särskild erfarenhet och kompetens och sådan kompetens skall finnas kopplad till kompetenscentrum och kompetensnod. Som framgår av tabell 20 är denna kirurgi idag i praktiken centraliserad till bäckenbottencentrum på SUS. När det gäller volymen av komplicerad kirurgi vid Crohns sjukdom går det inte att utifrån registerdata skilja mellan enkla och komplicerade ingrepp. Av tabell 16 framgår dock att volymen generellt är liten och en koncentration av reresektioner vid Crohns sjukdom till kompetenscentrum resp. kompetensnoder bör diskuteras.

Antalet operationer för bäckenreservoarer i regionen (tabell 19) har de senaste två åren varit mycket lågt och återspelar inte det verkliga behovet, utan är sannolikt en undanträngningseffekt. För närvarande har till exempel SUS Malmö 9 patienter som väntar på att få en bäckenreservoar, men under de senaste två åren har endast enstaka sådana operationer utförts på SUS pga brist på operationsutrymme. Här behöver en omfördelning ske till regionala kompetensnoder för att minska väntetiderna. Den regionala kompetensförsörjningen inom avancerad IBD-kirurgi måste uppmärksammas. Idag finns endast fem kolorektalkirurger i Södra regionen med särskild erfarenhet och kompetens inom avancerad IBD-kirurgi, och två av dessa är nära pensionsåldern.

Ansvariga på kompetenscentrum/kompetensnod ska aktivt samarbeta kring handläggning av komplicerade patienter via regional MDK där gastroenterolog medverkar. Man skall också bedriva forskning och förbättringsarbete rörande handläggningen av IBD-patienter och följa kvalitetsindikatorer.

Analfistlar som innefattar stora delar av slutmuskelapparaten kräver särskild teknik för att kunna opereras med lyckat resultat med samtidigt bevarande av kontinensen. Olika tekniker finns för denna typ av kirurgi och den preoperativa kartläggningen innefattar bland annat endoanalt ultraljud. På senare år har en operationsteknik där kollagenplugg används för att stänga fisteln fått ökad spridning och visat goda resultat. Operationer med denna teknik utförs vid SUS Malmö, CSK och Blekingesjukhuset i Karlskrona.

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	7	7
Centrallasarettet Växjö	5	2
Centralsjh Kristianstad	4	1
Hallands sjh Halmstad	5	8
Helsingborgs lasarett	5	1
Lasarettet i Ystad	2	3
Lasarettet Ljungby	0	0
SUS Malmö	25	16

Tabell 17. Antalet kolektomier vid Crohns sjukdom och ulcerös kolit. Källa: Vårddatabaser

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	3	6
Centrallasarettet Växjö	1	2
Centralsjh Kristianstad	6	15
Hallands sjh Halmstad	11	7
Helsingborgs lasarett	6	19
Lasarettet i Ystad	5	7
Lasarettet Ljungby	2	5
SUS Malmö	16	14

Tabell 18. Antal tarmresektioner vid Crohns sjukdom. Källa: Vårddatabaser

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	0	2
Centrallasarettet Växjö	0	0
Centralsjh Kristianstad	0	0
Hallands sjh Halmstad	0	0
Helsingborgs lasarett	0	0
Lasarettet i Ystad	0	0
Lasarettet Ljungby	0	0
SUS Malmö	1	1

Tabell 19. Antal bäckenreservoarer. Källa: Vårddatabaser

Regional struktur IBD-kirurgi

Nivå 1 - alla enheter som bedriver kolorektal kirurgi skall kunna utföra

- Kolektomi, öppet och laparoskopiskt
- Ileorektal anastomos, öppet och laparoskopiskt
- Förstagångsresektion av Crohns sjukdom
- Tillgång till regional MDK

Nivå 2 – Kompetenscentrum: SUS Malmö

Kompetensnoder: Karlskrona och Helsingborg

- Bäckenreservoarkirurgi
- Reresektion vid Crohns sjukdom
- Kirurgi vid anorektal Crohn
- Nära samarbete med bäckenbottencentrum
- FOU kring IBD

Proktologi

Okomplicerad proktologi (hemorrojder, analfissur, låga analfistlar) bedrivs vid samtliga enheter i regionen utom SUS. Volymen av operationer för mer komplex proktologi beskrivs i tabell 20 - 22. Behandling av höga analfistlar, inkontinens och annan bäckenbottenproblematik som kräver särskilda resurser och kompetens inom ramen för multidisciplinärt och multiprofessionellt omhändertagande är idag i stor utsträckning centraliserad till SUS Malmö. Också i fortsättningen skall detta utgöra regionens kompetenscentrum. Med anledning av att behovet av åtgärder mot bäckenbottenproblematik sannolikt kommer att öka i framtiden bör även en kompetensnod skapas i regionen för till viss del kunna avlasta BBC SUS Malmö. Inom ramen för nätverket för bäckencancerrehabilitering kommer bäckenbottenkompetens att efterfrågas i allt större utsträckning.

Kirurgi vid rektalprolaps bör ingå uppdraget för i bäckenbottencentrum och – kompetensnod. Blekingesjukhuset håller för närvarande på att bygga upp ett mindre bäckenbottencentrum och skulle på sikt kunna utgöra en kompetensnod.

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	2	3
Centrallasarettet Växjö	7	7
Centralsjh Kristianstad	4	6
Hallands sjh Halmstad	0	0
Helsingborgs lasarett	0	0
Lasarettet i Ystad	0	0
Lasarettet Ljungby	0	0
SUS Malmö/Landskrona	42	22

Tabell 20. Antal op för analfistel med kollagenplugg el advancement flap. Källa: Vårddatabaser

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	6	2
Centrallasarettet Växjö	2	1
Centralsjh Kristianstad	5	11
Hallands sjh Halmstad	10	12
Helsingborgs lasarett	9	4
Lasarettet i Ystad	2	0
Lasarettet Ljungby		
SUS Malmö/Landskrona	28	16

Tabell 21. Antal operationer för rektalprolaps. Källa: Vårddatabaser

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	0	0
Centrallasarettet Växjö	0	0
Centralsjh Kristianstad	0	0
Hallands sjh Halmstad	0	0
Helsingborgs lasarett	1	0
Lasarettet i Ystad	0	0
Lasarettet Ljungby	0	0
SUS Malmö/Landskrona	23	29

Tabell 22. Antal operationer för rekonstruktion av analsfinkter. Källa: Vårddatabaser

Divertikelsjukdom

Akuta och elektiva operationer för divertikelsjukdom utförs på samtliga enheter, tabell 23. Vid elektiv kirurgi utförs sigmoideumresektion i första hand med laparoskopisk eller robotassisterad teknik. Reversering av sigmoideostomier efter Hartman operationer utförs på samtliga enheter om möjligt med minimalinvasiv teknik. Det finns i nuläget ingenting som talar för att det skulle finnas några skäl att i framtiden koncentrera den kirurgiska behandlingen av divertikelsjukdom till färre enheter än idag. Dessa patienter kräver ingen långtidsuppföljning och därför en grupp av patienter som enklast kan fördelas mellan sjukhusen för att jämna ut belastningstoppar. Samråd förutsätts mellan medicinsk

ansvariga på de berörda enheterna ska inför elektiv sigmoideumresektion för divertikelsjukdom, för att säkerställa att man är överens om indikationen för kirurgi i varje enskilt fall. Således föreslås inte kompetenscentrum eller kompetensnod vid divertikulit.

	2014	2015
Blekingesjh Karlskrona	18	17
Centrallasarettet Växjö	6	10
Centralsjh Kristianstad	17	13
Hallands sjh Halmstad	8	8
Helsingborgs lasarett	28	10
Lasarettet i Ystad	11	11
Lasarettet Ljungby	6	2
SUS Malmö	41	37

Tabell 23. Akut och elektiv tarmresektion vid divertikelsjukdom. Källa: Vårddatabaser

Sammanfattning benign kirurgi

En sammanfattning av förslagen till arbetsfördelning rörande benign kolorektal kirurgi finns i tabell 24. Det bör dock framhållas att den benigna kolorektalkirurgin behöver belysas ytterligare och diskuteras vidare för ställningstagande till optimal regional samverkan. Detta arbete hänförs lämpligen till pågående projekt inom Södra regionvårdsnämnden och processgruppen kolorektal cancer inom RCC Syd är beredda att adjungeras i detta arbete om så önskas.

	Nivå 1 – samtliga enheter	Nivå2 – kompetenscentrum och kompetensnod
IBD	Kolektomi Ileorektal anastomos Förstagångsresektion av Crohns sjukdom	Bäckenreservoarkirurgi Reresektion vid Crohns sjukdom Kirurgi vid anorektal Crohn
Proktologi	Hemorroidkirurgi Låga analfistlar Analfissur	Höga analfistlar Rekonstruktion av analsfinkter Rektalprolaps
Divertikelsjukdom	Akut och elektiv tarmresektion	

Tabell 24. Förslag till regional nivåstrukturering av benign kolorektal kirurgi.

Referenser

1. Socialstyrelsens riktlinjer 2014 <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-cancer-vetenskapligt-underlag-tjock-andtarmscancer.pdf>
2. Zaniboni A et al. Positron Emission Tomography for the Response Evaluation following Treatment with Chemotherapy in Patients Affected by Colorectal Liver Metastases: A Selected Review. *Gastroenterology Research and Practice*. 2015; 1-7 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4442279/>
3. Maffione AM et al. Value of 18F-FDG PET for Predicting Response to Neoadjuvant Therapy in Rectal Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Roentgenology*. 2015;204: 1261-1268. <http://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.14.13210>
4. Socialstyrelsen. Screening för tjock- och ändtarmscancer. Rekommendation och bedömningsunderlag. 2014 <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-2-31>
5. Pace D et al. Effect of Colonoscopy Volume on Quality Indicators. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology* Volume 2016: 1-6 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4904556/pdf/CJGH2016-2580894.pdf>
6. Arezzo A et al. Systematic review and meta-analysis of endoscopic submucosal dissection versus transanal endoscopic microsurgery for large noninvasive rectal lesions. *Surgical Endoscopy* 2014, 28: 427-438. <http://rd.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-013-3238-3>
7. Kawaguti FS et al. Endoscopic submucosal dissection versus transanal endoscopic microsurgery for the treatment of early rectal cancer. *Surg Endosc*. 2014 28(4):1173-9. <http://rd.springer.com/article/10.1007%2Fs00464-013-3302-z>
8. Myung JN et al. Cost comparison between endoscopic submucosal dissection and transanal endoscopic microsurgery for the treatment of rectal tumors. *Ann Surg Treat Res*. 2015; 89(4): 202–207. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4595820/>
9. Francescutti V et al. An Internet-Based Collaborative Cancer Conference for Rectal Cancer Influenced Surgeon Treatment Recommendations. *Ann Surg Oncol*. 2015 Jul;22(7):2143-50. <http://rd.springer.com/article/10.1245%2Fs10434-014-4216-2>

Till regionala processgruppen för
Kolorektalcancer

Uppdrag avseende regional arbetsfördelning – kolorektalcancer

Den regionala processgruppen uppdras att utreda förutsättningarna för regional arbetsfördelning.

Uppdraget innefattar att:

- Ta fram underlag avseende aktuella volymer och förväntade volymer efter nivåstrukturering
- Ta fram förslag till modell/modeller för hur regional arbetsfördelning kan utformas i enlighet med den nationella rekommendationen
- Beskriva eventuella konsekvenser avseende kompetensförsörjning
- Beskriva eventuella konsekvenser för verksamhet inom närliggande områden, tex benign kirurgi

Förutsättningar:

Arbetet leds av regional processledare och skall utföras i samarbete med lokala processledare/lokala team.

Stöd i genomförande och rapportering erhålls från RCC (vg kontakta om så undertecknad).

Uppdraget rapporteras skriftligt och muntligt till RCC Syds styrelse sep 2016(preliminärt).

Lund 160225



Mef Nilbert
Chef RCC Syd

Plan för regional arbetsfördelning inom cancervården - för patientens skull

Arbetsgång för regional arbetsfördelning

”Arbetsfördelning (nivåstrukturering) ska säkra att åtgärder som kräver särskild kompetens och/eller teknik eller är sällan förekommande koncentreras till få enheter med stor samlad erfarenhet. Framgångsrik arbetsfördelning kräver ömsesidig samverkan inom regionen. Patientens perspektiv står i centrum.”

”Nivåstruktureringen innebär därmed att man gör en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter, baserad på fakta och för att alla patienter ska få en god och jämlik vård.”

Regional cancerplan för RCC Syd 2015-2018

Syfte

Syftet med denna plan är att beskriva hur södra sjukvårdsregionen samlat ska kunna säkra att högt specialiserad diagnostik och behandling med hög kvalitet och med god anknäytning till aktuell forskning kan erbjudas på lika villkor för alla patienter i södra sjukvårdsregionen.

Begreppet nivåstrukturering

Nivåstrukturering betyder inte att man koncentrerar patientens hela vårdförlopp till ett eller ett fåtal sjukhus inom ett landsting, en sjukvårdsregion eller nationellt. I stället handlar det om att i vårdprocessen identifiera vissa åtgärder eller delar som kan vara aktuella att koncentrera till färre sjukhus och där sådan koncentration förväntas medföra ökad vårdkvalitet och förbättrade resultat.

Bakgrund

Bilden av arbetsfördelningen inom cancervården är mångfacetterad och förutsättningarna för regiongemensamma överenskommelser präglas av den historiska utvecklingen.

Arbetsfördelning inom cancersjukvården är ingen ny företeelse utan har alltid bedrivits. Detta har skett genom överenskommelser inom professionen, vanligen baserade på personliga kontakter. Sådana överenskommelser har ibland sanktionerats av huvudmännen och lett till strukturella förändringar inom sjukvårdsorganisationen. En dominerande trend har varit en ökad centralisering av diagnostik och behandling av cancersjukdomar till färre enheter.

Denna koncentration har inte enbart handlat om ovanliga tillstånd. På 1970-talet utfördes operationer för bröstcancer och ändtarmscancer vid samtliga 15 sjukhus i södra sjukvårdsregionen. Idag utförs dessa operationer vid 7 respektive 6 sjukhus. Denna utveckling har skett inom varje landsting och är ett exempel på genomförd lokal arbetsfördelning. Liknande exempel finns inom många områden.

På motsvarande sätt har det genom professionell samverkan skett en koncentration av mer sällan förekommande diagnostik och behandling till regionsjukhuset. Exempelvis finns idag en fullt genomförd regional arbetsfördelning av muskulo-skelettala sarkom, huvud-halscancer och cancer hos barn och ungdom.

Historiskt finns också exempel på att delar av cancervården aldrig spridits utanför region/universitetssjukhuset, ofta på grund av att tillståndet är ovanligt och/eller kräver mycket specifik kompetens som endast finns tillgänglig vid ett sjukhus i regionen.

Parallellt med denna utveckling har även utvecklingen gått mot en decentralisering inom cancervården från region/universitetssjukhuset till främst länssjukhusen. Denna utveckling bottenar i många fall i en önskan om att erbjuda diagnostik och behandling närmare patientens hemort. Det har funnits en samsyn mellan huvudmännen om nyttan i denna utveckling och den har i vissa fall varit resultatet av överenskommelser mellan huvudmännen inom södra sjukvårdsregionen, t.ex. etablering av strålbehandling i Växjö. Denna utveckling kan beskrivas som framgångsrik.

Samtidigt har det även skett en mer slumpartad decentralisering av t.ex. större kirurgiska ingrepp. Den har ofta kommit till genom att enskilda läkare flyttat från regionsjukhuset till länssjukhusen och då tagit med delar av den högspecialiserade verksamhet som man bedrivit på universitetssjukhuset. Denna utveckling, som legat helt utanför en samordnad medveten planering, har inneburit försvårade möjligheter till samsyn och samarbete.

Initiativ till nivåstrukturering har hittills främst kommit från professionen. Professionens tolkning av patienters önskemål har varierat, förespråkare för en decentraliserad cancervård har poängterat närhetsbehovet medan andra pekat på att det geografiska avståndet till sjukhus har mindre betydelse. Under senare år har patient/närstående engagerats i frågor kring nivåstrukturering. Synpunkter från dessa talar entydigt för att det geografiska avståndet har mindre betydelse då det gäller sällan förekommande vård av engångskaraktär medan det har större betydelse för återkommande vård och uppföljning.

Sammanfattningsvis visar den historiska utvecklingen att arbetsfördelning som har tydligt patientfokus, ett brett professionellt stöd och som bygger på tydliga överenskommelser mellan huvudmännen blir framgångsrika medan oplanerade, ofta personbundna, initiativ utan den förankringen historiskt har lett till en splittrad verksamhet, inte sällan med samarbetssvårigheter.

RCCs roll

En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) pekar på problematiken i att den svenska cancervården är splittrad och att behandlingar utförs på många olika ställen. Stor erfarenhet hos hela vårdteamet av kirurgiska ingrepp, medicinska behandlingar, strål-terapeutiska åtgärder respektive rehabiliteringsinsatser bidrar till att hålla cancervårdens kvalitet hög. Det krävs därför en tydligare ansvarsuppdelning mellan sjukhusen inom varje sjukvårdsregion för att uppnå en tillräcklig koncentration av såväl patienter som resurser. De verksamheter som särskilt kräver koncentration till färre enheter är avancerade ingrepp och terapier, ovanliga cancerformer och sådan behandling som kräver mycket kostsam teknologi.

När det gäller den mest högspecialiserade vården är det endast universitetssjukhusen som har adekvat kompetens inom flera sammanhängande områden. Vidare kräver klinisk forskning och utveckling stora patientgrupper för att uppnå tillräcklig vetenskaplig styrka. Antalet patienter är även kritiskt för att kunna genomföra studier i de olika diagnostiska, prognostiska och behandlingsprediktiva undergrupper av tumörsjukdomar som i ökande omfattning identifieras. Dessa behov kan tillgodoses genom samordning mellan sjukhusen eller genom att vården koncentreras till ett mindre antal sjukhus.

I *Kriterier som ska utmärka ett regionalt cancercentrum* (2011) fastslås att varje RCC ska utarbeta en plan för nivåstrukturering av cancervården inom sjukvårdsregionen. Planen ska innehålla beslutsunderlag för nivåstrukturering. Den ska leda fram till en beskrivning om vilka cancersjukdomar som ska behandlas var i regionen, med olika kirurgiska, medicinska, strålmedicinska och rehabiliteringsmedicinska metoder. Planen bör vidare omfatta arbetsfördelningen inom regionens sjukhus så att vårdinsatser, som till exempel operativa ingrepp, utförs av personal som har stor erfarenhet såväl av själva behandlingen som av diagnostik och handläggning av tidigt uppträdande komplikationer.

Även diagnostiska metoder kan ingå i nivåstruktureringen och därmed omfattas av planen. Som en del av RCC:s arbete med nivåstrukturering ska det finnas ett system för multidisciplinära vårdplaneringskonferenser inom sjukvårdsregionen. Enligt kriterierna för RCC ska planen finnas och vara beslutad av landstings/regionledningar två år efter starten av RCC.

Socialstyrelsen konstaterade vid uppföljning 2014 att det ännu saknas en plan för nivåstrukturering i sjukvårdsregionen. RCC Syds styrelse beslutade 2015-04-09 att uppdra åt RCC att utarbeta ett förslag till en regional plan för nivåstrukturering av cancervård i sjukvårdsregionen. Planen ska utgå från direktiven i RCCs uppdrag och i första hand omfatta diagnoser och åtgärder som upptagits i *Nivåstrukturerad cancervård – för patientens bästa, SKL 2013*.

Pågående arbete

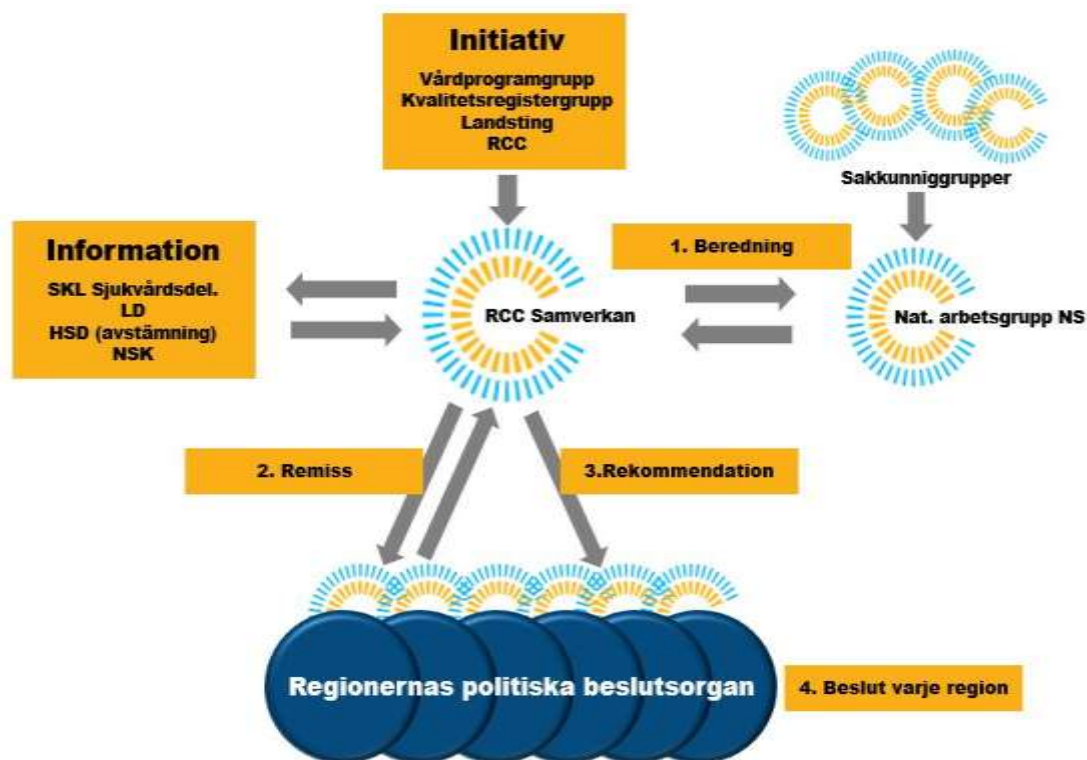
Arbete med överenskommelser om arbetsfördelning eller nivåstrukturering kan bedrivas på olika nivåer. Det kan ske *lokalt* inom ett landsting/region, *regionalt* inom en sjukvårdsregion samt *nationellt* med hela landet som bas. Det bör betonas att överenskommelser om arbetsfördelning inom en nivå påverkar arbetsfördelningen även inom övriga nivåer och kan därför inte ses som isolerade företeelser.

Nationell nivå

Med nationell nivåstrukturering avses en koncentration av viss, mindre frekvent, verksamhet till färre än sex enheter i landet.

I överenskommelsen mellan regeringen och SKL 2011 fick landstingen uppdraget att påbörja arbetet med nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta cancersjukdomar. Arbetet har redovisats 2013 i SKL:s rapport: "Nivåstrukturerad cancervård – för patientens bästa".

Arbetet med nationell nivåstrukturering sker strukturerat och arbetsgången finns beskriven i SKL rapporten 2013. Arbetsgången framgår schematiskt i nedanstående figur.



Figur 1: Schematisk beskrivning av arbetsgången vid nationell nivåstrukturering.

Den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård inleds med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter utsedda av respektive RCC, förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats. Sakkunniggruppen bedömer vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten. Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledning och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till regionerna/landstingen. Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda.

Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. De formella besluten fattas av respektive landsting eller i vissa fall sjukvårdsregionen.

Sakkunnigutlåtanden liksom ansökan om uppdrag som nationell vårdenhet formuleras på ett enhetligt sätt efter nationellt framtagna mallar.

Med utgångspunkt från bruttolistan i SKL-rapporten har arbetet med nationell nivåstrukturering fortsatt. Under 2014 har samtliga huvudmän fattat beslut om nationell nivåstrukturering avseende kirurgisk behandling av peniscancer. Ytterligare 7 områden är sakkunnigbedömda och förslag har gått ut på remiss till regioner och landsting i juni 2015. RCC i samverkan har under våren 2015 beslutat att sakkunniggranska ytterligare sju områden där förslag väntas vara klara under hösten 2015.

Aktuell status avseende lämnade initiativ och sakkunnigbedömningar framgår av nedanstående tabell. Denna tabell återfinns uppdaterad på www.cancercentrum.se

Nationell nivåstrukturering inom cancerområdet								
Sammanställning över områden och aktuellt läge 150616								
Sjukdomar och åtgärder som bör bedömas för nationell nivåstrukturering	Initiativ	Förlopp						
		Sakkunnigarbete			Remiss	Beslutsförslag	Slutligt	Driftsatt
		Beslutat	Pågår	Klart	till svj.regioner	till huvudmän	beslutad	
Peniscancer, kurativ kirurgi	2012							2015-01-01
Cancer i matstrupen och övre magmunnen, kurativ kirurgi	2012				2015			
Analancer	2014				2015			
Vulvacancer	2014				2015			
Cancer i bukhinnan, HIPEC	2014				2015			
Malignt melanom, avancerad beh av recidiv	2014				2015			
Mjukdelssarkom	2012, 2014				2015			
Muskulo-skelettala sarkom	2014				2015			
Levercancer	2014		2015					
Gallblåse- och gallvägscancer	2014		2015					
Cancer i bukspottkörteln	2014		2015					
Äggstockscancer	2015		2015					
Testikelcancer, lymfkörtelutrymning	2015		2015					
Njurcancer	2014		2015					
Urinblåsecancer, lokalt avancerad	2014		2015					
Magsäckscancer	2015		2015					
Ändtarmscancer, lokalt avancerad	2014							
Neuroendokrina tumörer	2014							
Prostatacancer	2014							
Hormonbildande tumörer (lunga, bukspottkörtel)								
Cancer i lungsäcken								
Elakartade blodsjukdomar								
Maligna tumörer hos barn								
Tumörer i bäckenet								
Huvud-halstumörer								
Tumörer i centrala nervsystemet								
Accepterat initiativ och/eller pågående (år)								
Ej påbörjat								
Avvisat (år)								

Tabell 1: Nationell nivåstrukturering - Sammanställning över områden och förlopp

Lokal nivå

Inom varje region/landsting pågår sedan lång tid en förändring av arbetsfördelningen inom ramen för omstruktureringen av hälso- och sjukvården. I Region Skåne pågår sedan 2013 ett strukturerat arbete med nivåstrukturering som avser att föreslå verksamheter som av kvalitets- och/eller ekonomiska skäl bör koncentreras till en eller ett fåtal vårdgivare. RCC Syd är representerat i detta arbete. I detta arbete har olika delar av hälso- och sjukvården tagits upp och förslag har lämnats från olika sakkunniggrupper.

Exempel på områden som berör cancervården är:

- Endobronkiell ultraljudsundersökning (EBUS) vid lungcancer
- Kirurgisk behandling av cancer i matstrupe/ magsäck, kolorektal cancer, levercancer, gallblåse-och gallvägscancer, pankreascancer, peniscancer, gynekologisk cancer, retroperitoneala sarkom, endokrina tumörer, cancer i urinvägar.
- Hematologiska sjukdomar

Arbetet i har lett till förändrade uppdrag för sjukhusen i Skåne under 2014 och 2015.

Regional nivå

Den regionala arbetsfördelningen avseende cancervården påverkas såväl av vad som sker på nationell nivå som på lokal nivå. I samband med beslut om regional cancerplan för södra sjukvårdsregionen 14-10-09 beslutade Södra Regionvårdsnämnden (SRVN) ”att uppdraget kring framtida arbetsfördelning i Södra sjukvårdsregionen måste ses i ett större sammanhang som även inkluderar andra områden/diagnoser än cancer” (SRVN Aktnr 10/13 bilaga 44). SVRN har i linje med detta beslut initierat ett arbete och dialog har förts med företrädare för SRVN i samband med framtagande av föreliggande plan. Föreliggande förslag får i tillämpliga delar justeras och synkroniseras till en framtida generisk process för nivåstruktureringsarbetet i södra sjukvårdsregionen när en sådan finns etablerad.

Inom cancervården finns i södra sjukvårdsregionen flera exempel på områden där det sedan lång tid finns en etablerad ansvars- och arbetsfördelning mellan länssjukvården och regionsjukvården. Nuläget inom olika patientprocesser ska kartläggas av RCC Syd under hösten 2015. Detta gäller t.ex: cancer hos barn- och ungdom, huvud-halscancer, sarkom, lymfom, hematologi, CNS-tumörer mm. Denna arbetsfördelning har baserats på ömsesidiga överenskommelser inom professionen.

RCC Syd har ett ansvar att stödja arbetet med att vidareutveckla effektiva, sammanhållna patientprocesser med tydligt patientfokus. Regionalt processarbete innefattar teamarbete, utveckling och samordning. Regionala patientprocessledare samordnar patientprocesserna inom ett tjugotal olika diagnosområden.

RCC Syds gav under 2013 regionala patientprocessledare i uppdrag att kartlägga behovet av regional nivåstrukturering inom ett antal områden. Detta har resulterat i rapporter (se www.skane.se/rccsyd) inom följande områden:

- Esofagus- och cardiacancer
- Gallvägs- och gallblåsecancer
- Levercancer
- Pankreascancer
- Peniscancer
- Retroperitoneala sarkom
- Sköldkörtelcancer
- Äggstockscancer

I flera fall ger rapporterna exempel på genomförd regional arbetsfördelning men de speglar också i flera fall den oenighet som råder angående behovet av ökad centralisering mellan företrädare för länssjukvård och regionsjukvård.

Kriterier

Kriterier har formulerats för nationell nivåstrukturering inom cancerområdet. Med utgångspunkt i dessa formuleras nedanstående kriterier för regional nivåstrukturering:

- Utfallet av den idag givna vården i regionen som helhet ställer krav på förbättringar.
- En regional koncentration gör att en vårdvolym uppnås som ger förutsättning för bästa evidensbaserade vård.
- Kraven på kompetens och tillräcklig tillgänglighet inom kärn-specialitetens hela team och inom viktiga stödspecialiteter uppfylls endast av enstaka vårdgivare i regionen.
- Den aktuella vårdinsatsen är under införande och omfattar ny särskilt resurskrävande teknologi.
- Utbildning, kompetensförsörjning, forskning och utveckling gynnas genom att vårdinsatsen koncentreras till regional nivå.

Arbetsätt

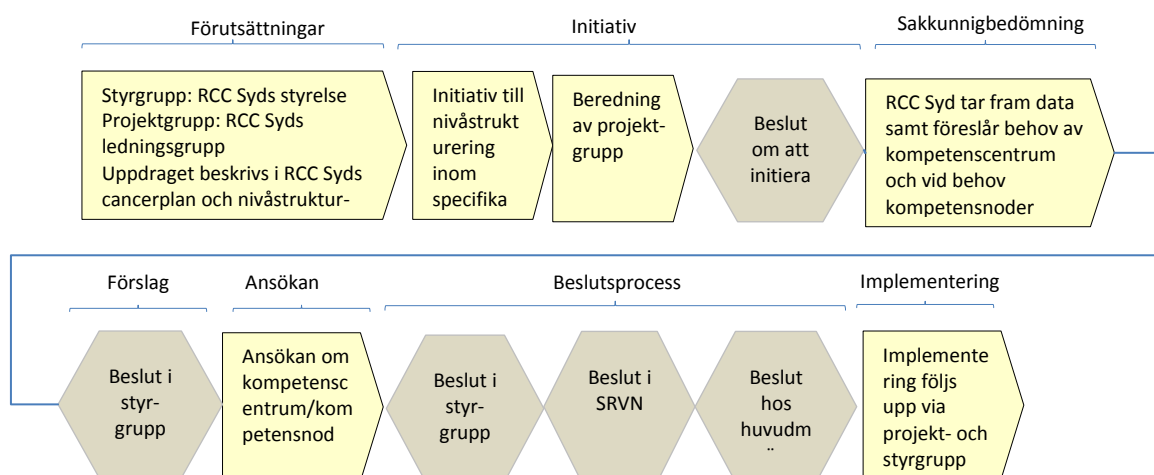
Utgångspunkten är att åstadkomma en medveten och planerad arbetsfördelning av delar av vårdförloppet mellan olika vårdenheter. Arbetsfördelningen bör vara baserad på fakta och ha tydligt patientfokus med syfte att alla patienter ska få en god och jämlik vård.

I RCC Syds regionala cancerplan beskrivs följande utvecklingslinjer för arbetsfördelning inom regionen. Dessa utgör grunden för arbets sättet:

- Regional samverkan kring arbetsfördelning för ovanliga tumörformer och åtgärder som kräver särskild diagnostik och/eller behandling.
- För varje patientprocess definieras ett regionalt kompetensnätverk bestående av ett regionalt kompetenscentrum samt kompetensnoder.
- mpetenscentrum och kompetensnoder definieras inom varje diagnos och verksamheten definieras utifrån en tydlig kravprofil.
- Ett regionalt kompetenscentrum har särskilt ansvar för högspecialiserad vård, regional MDK och att koordinerar forskning och utbildning inom regionens kompetensnätverk.
- Kompetensnoderna bedriver huvuddelen av den specialiserade vården. Antalet noder kan variera utifrån patientvolym och kompetenstillgång.
- Hela patientprocessen redovisas med tydliga riktlinjer för arbetsfördelning. Beskrivningen skall innefatta sammansättningen av det multiprofessionella teamet och hur kompetens säkras i alla led.
- Regionalt genomförd arbetsfördelning ligger till grund för eventuellt behov av nationell arbetsfördelning.

- RCC Syd bidrar till arbetet genom att redovisa pågående arbete med arbetsfördelning och genom att ge en helhetsbild av hur genomförd arbetsfördelning påverkar patientflöden, volymer, kompetenser och infrastruktur.
- Arbetsfördelningen avseende högspecialiserad vård omfattar oftast endast en del av patientprocessen, men säkerställer hög kvalitet, kompetensförsörjning och patient fokus i hela patientprocessen.
- Regional arbetsfördelning ska bygga på överenskommelser mellan huvudmännen.
- Inom regionala kompetensnätverk initieras samarbets- och utbytesprogram för att stärka samarbetet mellan regionens sjukhus. Samverkan kan innefatta gemensamma operationer, säkerställande av kompetens i alla delar av patientprocessen och inom forskningsprojekt.

Ett strukturerat arbetssätt där förutsättningar definieras, initiativ tas, arbete initieras, sakkunnigbedömning genomförs, förslag läggs, beslut fattas och implementering följs upp förslås. Modellen behöver kompletteras med definition av förutsättningar för uppdraget och dess genomförande liksom med en kartläggning över förvaltningarnas profilområden och framtidsplaner. Detta arbete skulle med fördel bedrivas samlat för alla diagnoser kopplat till SRVN uppdrag att se nivåstrukturer i ett större sammanhang än enbart cancervården. RCC Syds föreslagna arbetssättet beskrivs i figur 2.



Figur 2: Schematisk beskrivning av arbetsgången vid regional nivåstrukturering.

Processen struktureras enligt:

- **Förutsättningar**
RCC Syds styrelse utgör styrgrupp och RCC Syds ledningsgrupp utgör projektgrupp.
- **Initiativ**
Förslag till område som bör bedömas för regional nivåstrukturering kan lämnas från huvudmän, förvaltningsledningar, professionella företrädare (t.ex. RPPL, LPPL, professionella grupper) företrädare för patient/närstående m.fl. Initiativet lämnas till projektgruppen som efter beredning lämnar beslutsförslag om initiering av arbetet till styrgruppen.
- **Sakkunnigbedömning**
RCCs styrelse beslutar om sakkunnigbedömning, där sådan inte redan utförts på nationell eller regional nivå. Uppdraget genomförs av RCC med utnyttjande av regionala nätverk kopplade till aktuell patientprocess.

Sakkunnigutlåtandet ska följa bilagd mall (Bilaga 1) och innehålla en beskrivning av den aktuella patientprocessen inklusive volymer. Det ska ge förslag till definierade delar i vårdprocessen som bör bli föremål för ändrad arbetsfördelning mellan olika vårdgivare i regionen.

Förslag till ändrad arbetsfördelning kan såväl omfatta ökad centralisering som ökad decentralisering. Ett regionalt kompetenscentrum förutsätts vara knutet till universitetssjukhuset. Sakkunnigutlåtandet ska innehålla en bedömning av behov av ett regionalt kompetenscentrum samt ev. behov av ytterligare kompetensnoder inom regionen.

Sakkunniggruppen bör även bedöma effekter av föreslagna förändringar på andra näraliggande vårduppdrag inom respektive förvaltning. Bedömningen bör sträva efter konsensus men är detta inte möjligt kan olika uppfattningar redovisas.

I de fall där det finns ett nationellt sakkunnigutlåtande ska detta vara utgångspunkt för förslag till regional nivåstrukturering i de fall sådan inte skett.

- **Förslag**
Baserat på sakkunnigutlåtanden med ev. komplettering formulerar RCC Syd ett förslag. Förslaget remitteras till huvudmännen för synpunkter och i denna remiss ingår möjlighet att ansöka om regionalt uppdrag som kompetenscentrum (Bilaga 2) eller kompetensnod (Bilaga 3)
- **Ansökan om uppdrag**
Ansökan ska följa bilagd mall (Bilaga 2-3) och beskriva hittillsvarande verksamhet och hur man planerar för en ev. utökad verksamhet. Såväl aktuella volymer som förutsedd volymökning ska framgå. Beskrivningen ska omfatta hela vårdprocessen ur ett patientperspektiv, dvs. omfatta förloppet såväl före som efter den del som är aktuell för regional nivåstrukturering. Beskrivningen ska bl.a. omfatta: schematisk processbeskrivning med flödesanalys, samverkan med andra vårdgivare, samverkan med patient/närstående-företrädare, utbildning, kompetensförsörjning samt forsknings- och utbildningsaktivitet.

○ Beslut

Förslag till beslut lämnas av RCCs styrelse till SRVN, varefter varje huvudman fattar beslut.

Krav på verksamheten

Verksamheter med uppdrag som regionalt kompetenscentrum/kompetensnod ska uppfylla krav på väntetider i enlighet med standardiserade vårdförlopp. Patient/närstående information ska finnas med kontaktuppgifter till enheten. Enheterna har ansvar för att upprätthålla goda samverkansrutiner och aktiva överlämningar till övriga vårdenheter som deltar i patientprocessen, såväl före som efter den regionala vårdinsatsen. Regionala enheter svarar för utbildningsinsatser till övriga vårdgivare, kompetensutveckling och utbildning inom den egna verksamheten, forskning och utveckling samt kvalitetsuppföljning. Dessa krav gäller även de verksamheter som redan är regionalt nivåstrukturerade. Dessa verksamheter bör därför beskriva sin nuvarande verksamhet enligt de rubriker som finns i mallen för ansökan. Det ska finnas en programförklaring/checklistaför presentation av verksamheten för remittenter.

Tids- och handlingsplan

Arbetet påbörjas under hösten 2015 med en kartläggning av nuläget inom varje patientprocess. Av redovisningen ska framgå områden där regional arbetsfördelning är genomförd samt områden som aktualiserats för regional arbetsfördelning men där detta ej är genomfört. För dessa områden ska kartläggningen ska ange volymer i nuvarande verksamheter.

Det fortsatta arbetet prioriteras enligt följande:

1. Områden med nationella sakkunnigutlåtanden för nationell nivåstrukturerings.
2. Områden med initierat nationellt sakkunnigarbete.
3. Områden där regional nivåstrukturerings uppfattas som genomförd.
4. Områden där lokal nivåstrukturerings genomförts eller föreslagits.
5. Övriga efter förslag

Lund 150916
För RCC Syd

Stefan Rydén och Mef Nilbert