

Birger Pålsson

## **Regionalt samarbete**

### **Delprojekt 8. Kirurgi för benigna kolorektala sjukdomar**

#### **Bakgrund**

Inom ramen för processarbetet avseende patienter med maligna sjukdomar i kolon och rektum utredde LPPL (lokala patientprocessledare) i Södra Sjukvårdsregionen vårdprocesserna och beskrev också ett möjligt samarbete, inkluderande att vissa patientgrupper av resurs- och kompetensskäl behandlas på annan klinik än "hemmakliniken". Förslaget fastställdes av RCC Syds styrelse i november 2016 och har föredragits för Södra Regionvårdsnämnden ("Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård" från Regionalt cancercentrum Syd, 2016).

Utredningen konstaterade vidare, att den maligna kolorektalkirurgin inte kan separeras från den benigna beträffande resurser och operatörer och inkluderade därför en översiktlig genomgång även av den sistnämnda. Den benigna kolorektalkirurgin faller dock inte inom RCC Syds mandat, men med hänsyn till den intima kopplingen har det befunnits angeläget att fördjupa och fullfölja utredningen inom ramen för Södra Regionvårdsnämndens projektgrupp. Delprojektgruppen har därvid beaktat de delar av RCC-rapporten som berör benign kolorektalkirurgi.

Delprojektgruppens uppdrag har inte omfattat tunntarmens benigna sjukdomar. Dessa utgör dock ett fåtal fall och hanteras redan av kolorektalkirurgerna vid de olika klinikerna.

#### **Delprojektgruppens sammansättning**

Delprojektgruppen har bestått av docent, överläkare Birger Pålsson, SRVN:s projektgrupp, tillika ordförande, överläkare Mikael Andersson, Region Kronoberg, överläkare Mattias Söderholm, Blekingesjukhuset, överläkare Jens Wikström, Kristianstad, med. dr, överläkare Fredrik Jörgren, Helsingborg, docent, överläkare Marie-Louise Lydrup, SUS Malmö och överläkare Daniel Liechtenstein-Nisser, Halmstad. Inbjudan har också skett till Ystad lasarett som enbart har lämnat statistik.

#### **Omfattning**

Det egentliga behovet av kolorektal kirurgi på benigna indikationer är okänt och metodologiskt egentligen omöjligt att fastställa, bl.a. beroende på "mörkertal" och relativa indikationer. Den enskilde patienten har ofta bristande kunskap om att hjälp står att få och har lärt sig "leva med" symptomen (t.ex. äldre kvinnor med tarminkontinens efter tidigare förlossningsskador) och diagnosen uppfattas som "skamlig" (gäller flertal anorektala problem, även enklare såsom hemorrojder). Till detta kommer en ojämn kunskap inom sjukvården, kanske främst primärvården, både om tillståndet i sig, vart remittering skall ske och vilken hjälp som kan erbjudas. Likaså torde s.k. undanträngningseffekter (maligna och andra allvarliga diagnoser högprioriteras) och resursbrist inom slutenvården bidra till att patienter underlåter att söka för "banala" besvär, kanske finns också en viss obenägenhet att remittera dem till specialistvården.

Birger Pålsson

Data om kirurgin på benigna indikationer är också behäftad med osäkerhet. I Södra sjukvårdsregionen görs cirka 1100 tarmresektioner på maligna indikationer, medan uppskattningsvis cirka 200 resektioner sker av benigna orsaker (både elektiva och akuta). Till dessa kan adderas cirka 450 ytterligare ingrepp av benigna skäl, ffa. inom proktologin (hemorrojder, analfistlar, anorektala prolaps, fissurer och hudflikar), och i storleksordningen 250 stomirelaterade operationer (akuta, revisioner, nedläggningar). Antalet benigt indicerade operationer skiftar dock betydligt över tid, då merparten av patienterna har relativt låg prioritet och därför får stå tillbaka vid resursbrist. Ett par exempel belyser bristen på tillförlitlig statistik: Kristianstad redovisar 2015 enligt egna uppgifter 24 tarmresektioner p.g.a. divertikulossjukdom medan Vårddatabaserna anger 13 operationer, Helsingborg redovisar 15 ingrepp medan Vårddatabaserna anger 10 fall och SUS Malmö uppger 15 resektioner medan Vårddata baserna redovisar 37 fall. Ffa. stominedläggningarna är svåra att redovisa, då majoriteten är kopplade till tarmresektioner (främst rektum) av maligna orsaker och huvudklassificeras då med maligna diagnoskoder. Andra felkällor är huruvida statistiken baseras på diagnoskoder eller operationskoder samt direkta kodningsfel.

I tabell 1 redovisas översiktligt operationsfrekvenserna för ett antal benigna kolorektala diagnoser.

|                                     | 2015                 |                 |        | Fis<br>tlar | Hemor<br>rojder | Prol<br>aps | Sto<br>mie<br>r | 2016             |                 |        | Fis<br>tlar | Hemor<br>rojder | Prol<br>aps | Sto<br>mie<br>r |
|-------------------------------------|----------------------|-----------------|--------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|------------------|-----------------|--------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|
|                                     | Dive<br>rtik<br>ulos | Mb<br>Cr<br>ohn | U<br>C |             |                 |             |                 | Divert<br>ikulos | Mb<br>Cr<br>ohn | U<br>C |             |                 |             |                 |
| <b>SUS<br/>Malmö<sup>1</sup></b>    | 37                   |                 | 45     |             | 50              | 16          | 64              |                  |                 |        |             |                 |             |                 |
| <b>Kristians<br/>stad</b>           | 24                   |                 | 22     |             |                 | 8           | 68              | 25               |                 |        |             |                 | 14          |                 |
|                                     |                      |                 |        | 87          |                 |             |                 |                  | 22              |        |             |                 |             |                 |
| <b>Helsingb<br/>org<sup>2</sup></b> | 15                   | 16              | 0      | 13          | 38              | 4           |                 | 20               | 20              | 3      | 21          | 54              |             |                 |
| <b>Ystad</b>                        | 11                   |                 | 13     | 35          | 89              | 4           | <sup>3/</sup>   | 12               |                 | 13     | 30          | 90              | 1           | <sup>3/</sup>   |
| <b>Halmsta<br/>d</b>                | 8                    |                 |        |             |                 | 12          |                 | 7                |                 |        | 15          | 17              | 6           | 36              |
|                                     |                      |                 |        |             |                 |             |                 |                  | 13              |        |             |                 |             |                 |
| <b>Kronobe<br/>rg</b>               | 4                    |                 |        | 7           | 45              | 1           | 37              | 4                |                 |        | 5           | 49              | 0           | 54              |
| <b>Blekinge</b>                     | 17                   |                 |        |             |                 | 2           |                 | 12               | 35              |        | 91          |                 | 2           | 64              |

Tabell 1. Antal operationer för olika benigna kolorektala sjukdomar. Data från resp enhet, kompletterad från Vårddatabaser. <sup>1</sup>SUS Malmö har separat Bäckentcentrum som utför all proktologi utom hemorrojdektomi. År 2016 omfattande brist op-salskapacitet och därför redovisas ej data. <sup>2</sup>Inkl Ängelholm där ffa proktologi op. <sup>3</sup>Stomiop inkluderade i resp huvuddiagnos.

Dock kan alltså konstateras att kirurgi på benigna indikationer är till totalantalet ingrepp av samma storleksordning som de av maligna orsaker. Däremot sker en betydande andel av de benigt motiverade operationerna polikliniskt eller med korta vårdtider på ett par dagar och endast i undantagsfall med behov av intensivvård, dvs. de genererar avsevärt mindre total kirurgisk sjukvård.

### Utredning och diagnostik

Majoriteten av patienter med benigna kolorektala sjukdomar kräver ingen avancerad eller omfattande preoperativ utredning. För t.ex. flertalet med proktologiska problem räcker ett mottagningsbesök inkluderande rekto- och proktoskopi. Då röntgenundersökningar av olika slag (främst DT kolon och buk samt MRT) behövs, finns dessa vid varje enhet, medan däremot väntetiderna är skiftande och överlag relativt långa, ffa. för MRT. Koloskopi är likaså centralt i många utredningar men

Birger Pålsson

tillgången är bristande och ingen enhet klarar stipulerade väntetider. En separat delprojektgrupp utreder koloskopifrågan.

Hos ett litet antal selekterade patienter kan däremot specialundersökningar erfordras, såsom anorektalt ultraljud vid bl.a. analsfinkterskador, vilket tillhandahålles vid Bäckebottencentrum (BBC) vid SUS Malmö och i mindre omfattning vid ett dito centrum under etablerande i Karlskrona. Södra regionen har däremot inte någon utbyggt anorektalt kliniskt-fysiologiskt laboratorium för mer avancerade mätningar av t.ex. analsfinkterfunktioner (tryck, elektrofysiologisk muskelfunktion mm.) och ändtarmsmotorikstörningar. På sikt torde detta erfordras, då patientgruppen ökar, bl.a. till följd av ökad uppmärksamhet kring dessa problem och genom ökad invandring (kvinnor med förlossningsskador från länder med låg sjukvårdsnivå) och bör etableras vid nämnda BBC.

För IBD-patienter krävs gastroenterologkompetens, både för utredning och diagnostik, diskussion kring och selektion av patienter lämpliga för tarmresektion samt fortsatt terapi och uppföljning. Gastroenterologer finns i mer eller mindre omfattning vid samtliga enheter men samarbetsformerna varierar.

Patologkompetens erfordras för främst patienter med IBD och även om vissa brister föreligger täcks behoven för de benigna kolorektala sjukdomarna, även om svarsväntetider på 2-4 veckor är vanliga.

### **Kirurgiska resurser**

Tabell 2 summerar väsentliga kirurgiska resurser, behov i nuläget och problem. Minimalinvasiva operationsmetoder är etablerade på samtliga sjukhus. Frekvensen laparoskopiskt opererade patienter för jämförbara diagnoser skiftar något mellan enheterna beroende på bl.a. olika tillgång till operationssalar, men är i paritet med övriga landet. Andelen robotassisterade operationer skiljer mer, vilket dock är helt rimligt då metoden är relativt ny och evidensmässigt inte är påvisat överlägsen andra tekniker. I Södra sjukvårdsregionen, liksom i övriga landet, har införandet av robotar vare sig skett inom ramen för vetenskapliga studier eller samordnat. De senaste etableringarna har skett i Helsingborg och Blekinge för cirka 2 år sedan och har nu börjat övergå i mer ordinarie driftsfas. I Kristianstad pågår diskussioner om eventuellt anskaffande.

Samverkansformerna med gastroenterologer skiljer mellan enheterna, mest systematiserad i Helsingborg med specifik MDK varannan vecka, medan olika lokala lösningar finns vid de övriga sjukhusen. Något forum för diskussion av komplexa IBD-patienter i södra sjukvårdsregionen finns däremot inte.

SUS Malmö är referensklirik för avancerad IBD-kirurgi, men kan i praktiken inte fullfölja uppgiften annat än för enstaka remitterade patienter p.g.a. uttalade undanträngningseffekter från den maligna kolorektalkirurgin, vilken också inkluderar flera riksoppdrag (analcancer, HIPEC). Från övriga kliniker remitteras därför patienter med komplicerade IBD-tillstånd också till Linköping eller Göteborg (viss tonvikt på patienter med reservoarproblem), mycket baserat på interkollegiala kontakter. Denna remittering är väletablerad, fungerar väl och rör i storleksordningen ett 10-tal patienter årligen.

Birger Pålsson

Beteckningen "dedikerad IBD-kirurg" i tabell 2 anger att det krävs både lång kirurgisk erfarenhet och ett specialintresse för att handlägga mer komplexa IBD-patienter, t.ex. re-resektion av Crohnpatienter och anläggande av bäckenreservoarer. Varje klinik har någon kirurg med erfarenhet, men vi värderar att enbart 3 sjukhus kan sägas ha dedikerade kirurger. I södra regionen rör det sig totalt om 5-6 dedikerade kirurger, vilka samtliga är i 60-årsåldern. Någon planering för nyrekrytering och uppträning finns f.n. inte.

Kösituationen är problematisk vid samtliga sjukhus, förutom i Blekinge där f.n. acceptabel balans råder, om än kortare väntetider är önskvärda. Ingen av de övriga enheterna klarar vårdgarantin, särskilt inte inom proktologin. SUS Malmö utför så få operationer på benign indikation att väntelistan närmast får en fiktiv karaktär då majoriteten av patienter i praktiken inte kan erbjudas åtgärd utan de prioriteras kontinuerligt tillbaka i takt med att nya patienter med mer brådskande indikation tillkommer. Arbetsfördelning mellan klinikerna låter sig i nuläget därför inte göras annat än marginellt och ökar på intet sätt tillgängligheten då ingen enhet har någon ledig kapacitet. Däremot kan omfördelningar av vissa specificerade operationer sannolikt öka kvaliteten för patienterna, men dessa är relativt få till antalet (se nedan).

De främsta orsakerna till kösituationen och de långa väntetiderna är för alla kliniker brist på operationssalskapacitet och vårdplatser, dock med bättre balans i Blekinge, men som istället har en lång koloskopikö (cirka 40 % av patienter prioriterade för undersökning inom 60 dagar blir koloskoperade inom den tidsramen). Den i tabell 2 redovisade tillgången på operationssalar/vecka skall observeras innefattar samtlig kolorektal kirurgi, alltså även cancerpatienter. När reduktion av operationssalskapaciteten måste ske, vanligen p.g.a. sjuksköterskebrist, drabbas givetvis den benigna kirurgin först. Vi använder beteckningen operationssalskapacitet för att markera att det inte bara är antalet operationssalar/vecka utan den effektiva tillgängligheten (s.k. "knivtid") som är mer relevant mått. Som översiktligt generellt mått kan dock uppskattas att cirka 2 operationssalar/vecka/100 000 invånare är ett minsta riktvärde för rimlig balans avseende operationer för både maligna och benigna tarmsjukdomar.

Flertalet enheter utom Halmstad framhåller också att satsningarna på standardiserade vårdförlopp (SVF) för patienter med kolorektal cancer innebär undanträngningseffekter för dem med benigna tarmsjukdomar. Undanträngningseffekterna är rimligen mer omfattande om även patientgrupper med andra benigna sjukdomar beaktas.

Antalet kirurger med kolorektal inriktning på specialistnivå i Södra sjukvårdsregionen är cirka 37 personer. Dock skall framhållas, att flera av dessa även har uppdrag inom forskning, administration, handledning m.m., och samtliga ingår i dag- och bakjourssystem, varför uppskattningsvis omräknat dessa motsvarar cirka 25 heltidstjänster. Åldersmässigt är 9 av kirurgerna 60 år eller äldre, medan andelen i intervallet 50-60 år är 5-6 personer, dvs. en åldersmässig snedfördelning råder, som kan skapa problem vid stundande pensionsavgångar.

| ENTITET                                     | SUS MALMÖ  | YSTAD  | HELSINGBORG <sup>1</sup>                | KRISTIANSTAD                              | BLEKINGE <sup>2</sup>                           | KRONOBERG <sup>3</sup>                          | HALMSJÖ                                   |
|---|--|--|---|---|---|---|---|
| Laparoskopisk op                            | JA   | JA   | JA                                      | JA  | JA  | JA  | JA  |
| Robotass op                                 | JA   | NEJ  | JA                                      | NEJ                                       | JA  | JA  | JA  |
| Dedikerad IBD-kirurg                        | JA   | NEJ  | JA                                      | NEJ men stor erfarenhet                   | JA  | NEJ men erfarenhet                              | NEJ                                       |
| Organiserat samarbete med GE                | JA   | NEJ  | MDK v.a.v.                              | JA  | VB  | MDK månatligen                                  | VB  |
| Plan fortsatt kompetensförsörjning          | JA   | NEJ  | NEJ                                     | JA  | JA?   | JA?   | JA  |
| Remittering när behov                       | Enst spec-pat andra univ-klin                      | SUS Malmö  | Enst till BBC resp enst IBD-pat Gbg.    | Enst till BBC resp enst IBD-pat SUS Malmö | Enst till BBC resp enst IBD-pat till Linköping. | Enst till BBC resp enst IBD-pat till Linköping. | Enst till BBC resp enst IBD-pat till Gbg. |
| Kösituation                                 | Vårdgar klaras ej, omfattande kö, långa väntetider | Vårdgar klaras, remissantalet fr SUS kan regleras. | Vårdgar klaras ej, rel långa väntetider | Ffa lång väntetid proktologi              | I stort balans men lång koloskopi kö            | Vårdgar klaras ej men ej så omfattande kö.      | Vårdgar klaras ej fullt ut.               |
| Undanträngning av SVF                       | JA   | Trol inte  | JA                                      | JA  | JA  | JA  | NEJ                                       |
| Problem                                     | Op-salskap. Vårdpl.                                | Inga specifika                                     | Op-salskap. Vårdpl.                     | Vpl. Op-salskap.                          | Koloskopikop.                                   | Op-salskap. Vårdpl.                             | Op- och anestesikap.                      |
| Op-salar/vecka (heldag) <sup>4</sup>        |  | Flexibelt  | 4,25                                    | 3,25                                      |   | 4   | 3   |
| Antal ö/spec kolorektal profil <sup>5</sup> | 9  | 5  | 5                                       | 4   |   | 6   | 3   |
| Väntelista benign indik <sup>6</sup>        |  | Samtl pat inplan                                   | 4 – 36 mån                              |   |   | 52 pat  | 29 pat                                    |

Tabell 2. Redovisning av centrala funktioner för benign kolorektalkirurgi. <sup>1</sup> Majoriteten av pol op sker i Ängelholm och i viss mån Landskrona. <sup>2</sup> Innefattar även Karlshamn, med stor andel pol op. <sup>3</sup> Kronoberg länsövergripande, inkl både Växjö och Ljungby. <sup>4</sup> Inkl malign indikation. <sup>5</sup> Utför all kolorektal kir oavsett indikation. <sup>6</sup> Kraven för uppsättning på VL varierar.

### Väntetider och-listor

Väntetiderna är likaså svåra att redovisa heltäckande, bl.a. för att de är dynamiska då antalet patienter i väntelistorna skiftar varje vecka, omprioriteringar görs kontinuerligt mellan maligna och benigna patienter, tillgången på operationssalar och vårdplatser förändras, kriterierna skiftar när patienter anses klara för uppsättning etc. Uppenbart är dock väntetiderna långa för alla benigna indikationer och överskrider vårdgarantin (mer än 3 månader) vid flertalet enheter, förutom Blekingesjukhuset

Birger Pålsson

och länsdelssjukhusen i Ljungby (del av länsövergripande kirurgkliniken i Kronoberg) respektive Ystad. Väntetider på 6 – 24 månader för oprioriterade fall för ffa. nedläggning av stomier, operation av stomi- och ärrbräck samt hemorrojder är närmast legio. Även vid södra regionens högspecialiserade proktologiska centrum, Bäckebottencentrum i Malmö, är väntetiderna för lågprioriterade patienter upp mot 18 – 24 månader. Men det finns också patienter med benigna kolorektala diagnoser som av medicinska skäl blir högt prioriterade och opererade inom några veckor, t.ex. med svår inflammatorisk tarmsjukdom (IBD).

### **Specifika diagnosgrupper**

#### **Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)**

Patienter med Crohns sjukdom löper cirka 30 % risk att behöva genomgå upprepade tarmresektioner respektive anorektala ingrepp. För varje operation ökar komplexiteten; sjukdomens intensitet i sig ökar, mängden adherenser (sammanväxningar) och ärrbildningar ökar i bukhålan och vid resektioner av tunntarmen eftersträvas att bevara så mycket tarm som möjligt för att bevara näringsupptaget. Okomplicerade förstagångsresektioner (ileocekaleksektion, tunntarmresektion och kolonresektion eller kolektomi) görs idag vid varje klinik och finns inga skäl att centralisera. Dessa bör i första hand utföras med laparoskopisk teknik. För patienter med komplicerad Crohns sjukdom utgör SUS Malmö referenscentrum för södra regionen.

Patienter med ulcerös kolit kan behöva genomgå kolektomi antingen subakut, cirka 10-15 fall årligen i södra regionen, eller elektivt p.g.a. ökande cancerrisk, uppskattningsvis ett 10-tal patienter årligen. Kolektomi utföres vid varje enhet och skall även så ske i fortsättningen, bl.a. av beredskapsskäl, gärna i ökande frekvens med laparoskopisk metod.

Kolektomerade patienter kan få tarmkontinuiteten återställd antingen genom ileo-rektalanastomos (IRA) eller genom en s.k. bäckenreservoar (en konstgjord ändtarm skapas av tunntarm som ansluts till analkanalen). IRA utföres på samtliga enheter, i storleksordningen 25 patienter per år, medan volymen av bäckenreservoarkirurgi är liten, f.n. 5-6 patienter årligen. Indikationen för bäckenreservoar är dock relativ och efterfrågas företrädesvis av yngre patienter, uppskattningsvis 10-15 patienter per år i Södra sjukvårdsregionen. Redan idag har professionen genomfört en viss centralisering och ingreppet är koncentrerat till i första hand SUS Malmö och Karlskrona. P.g.a. bristande resurser i Malmö görs dock bara enstaka bäckenreservoaroperationer där (3 stycken 2015, ingen 2017), medan Karlskrona utför de som behövs i det egna landstinget (2015 och 2016 2 stycken vardera året).

Endoskopisk kompetens är ett krav för handläggande, främst diagnostik och uppföljning, av IBD-patienter och finns vid varje enhet, om än med vissa resursproblem (avhandlas i ett separat delprojekt). Volymen av endoskopiska dilatationer av kolonförträngningar är inte stor, kanske ett 25-tal patienter, vilka dock ofta behöver upprepade behandlingar och kräver tillgång till akut kirurgisk kompetens om perforation inträffar.

Mer avancerat anorektalt engagemang vid Crohns sjukdom (höga fistlar, recidiverande abscesser etc.) kräver särskild erfarenhet och kompetens. Dessa

Birger Pålsson

patienter är relativt få men kräver långa behandlingsperioder, vanligen i samarbete med gastroenterologer, och operationer i flera seanser. Patientgruppen är redan centraliserad till BBC i Malmö, enstaka remitteras också utanför södra regionen till Göteborg respektive Linköping. När det gäller volymen går det inte att utifrån registerdata skilja mellan enkla och komplicerade ingrepp.

Den samlade regionala kompetensförsörjningen inom avancerad IBD-kirurgi måste således omgående planeras för, som redovisats ovan. Som också har framhållits, krävs samarbete kring handläggningen med gastroenterolog. Skälen är flera, bl.a. att patienterna är relativt få, ofta unga, att den farmakologiska terapin är alltmer komplex och att kirurgi av högsta kvalitet skall erbjudas den enskilde patienten. Man skall också bedriva forskning och utveckling rörande handläggningen av IBD-patienter, utveckla gemensamma riktlinjer (helst på nationell basis) och följa kvalitetsindikatorer.

### **Proktologi**

Operationer av okomplicerad proktologi (hemorrojder, analfissurer, låga analfistlar) bedrivs vid samtliga enheter; vid SUS sker dessa huvudsakligen av Bäckebottencentrum. Behandling av höga analfistlar, svår inkontinens och annan bäckenbottenproblematik som kräver särskilda resurser och kompetens inom ramen för multidisciplinärt omhändertagande är således redan i stor utsträckning centraliserad till SUS Malmö. Till exempel har rekonstruktionsoperationer av analsfinktermuskulatur centraliserats till Malmö och 2015 gjordes 29 dylika ingrepp. Också i fortsättningen skall detta utgöra regionens kompetenscentrum, men då behovet beräknas öka, är det väsentligt att etablerandet av kompetensnoden i Blekinge fullföljes.

### **Divertikelsjukdom**

Akuta och elektiva operationer för divertikelsjukdom utförs vid samtliga enheter. Vid elektiv

kirurgi utförs sigmoideumresektion oftast med minimalinvasiv teknik. Reversering av sigmoideostomier efter Hartmanoperationer (vid mer avancerade divertikulitstadier) sker likaså vid samtliga enheter (se tabell 1). Det finns ingenting som talar för att i framtiden koncentrera den kirurgiska behandlingen av divertikelsjukdom till färre enheter. Antalet patienter per klinik är tillräckligt för att upprätthålla god kvalitet, vilken ter sig likvärdig mellan enheterna, och bevarad kompetens krävs för akuta operationer. Dessa patienter kräver ingen långtidsuppföljning och kan därför vara den grupp av stomipatienter (v.g. se detta stycke) som enklast kan omfördelas mellan sjukhusen vid långa väntetider.

### **Akuta och traumaorsakade operationer**

Föreliggande rapport omfattar inte närmare analys av kolorektala operationer pga. akuta orsaker eller trauma. Patientgrupperna skiljer sig radikalt från elektiva patienter i form av andra patofysiologiska förutsättningar, som kräver andra preoperativa förberedelser, ofta med kort framförhållning, annan operationsteknik, t.ex. med temporära stomier, att de har multitraumatiska skador samt en annorlunda postoperativ handläggning, vanligen i nära samarbete med främst intensivvårdsenheter. Detta ställer krav på att enhetens kolorektalkirurger är adekvat tränade och utbildade inom områdena, samtidigt som patientvolymerna per enhet är

Birger Pålsson

små. Därför krävs utökat samarbete även inom dessa områden i Södra sjukvårdsregionen. I regionen är det numera endast ett länsdelssjukhus, Ljungby, som bedriver akutkirurgi dygnet runt, vilket ställer stora krav dels på sjukhusets egen organisation och dels på samarbetet med Växjö, vilket även bör uppmärksammas i det regionala samarbetet.

### **Barnkirurgi**

Rapporten har inte i uppdrag att utreda kolorektal barnkirurgi, men en viss kompetens måste föreligga på varje centralsjukhus även för denna patientkategori. Även om barn ofta observeras på sjukhus pga. bukbesvär föranleder tillstånden sällan operationer. Den helt dominerande akuta operationen är appendektomi. Varje centralsjukhus i södra regionen har kompetens både kirurgiskt och anesthesiologiskt för dessa barn från 2 års ålder, medan i intervallet 1-2 år förhållandena skiftar och under 1 år grundregeln är remiss till Barnkirurgiska kliniken i Lund (främst pga. annorlunda fysiologi, med andra krav på anestesi och i viss mån operationsteknik). Beträffande elektiva kolorektala operationer görs ofta utredningen via centralsjukhusets barnklinik, vid behov i samarbete med kirurgklinik, medan kirurgin sker i Lund. Uppföljningen individualiseras och sker både vid Barnkirurgiska kliniken respektive vid hemsjukhuset.

### **Ärr- och stomibräck**

Dessa entiteter, som alltså är komplikationer till tidigare bukingrepp, handlägges olika vid enheterna. I t.ex. Helsingborg opereras merparten av kolorektalkirurgiska sektionen medan i Växjö de vanligen opereras av övre gastrointestinala kirurger, som har intresse och erfarenhet av dessa ingrepp. I Halmstad utför kolorektalkirurgerna dessa operationer och i ökande omfattning robotassisterat. Delprojektgruppen finner det rimligt att varje enhet organiserar denna kirurgi baserat på lokala förutsättningar, men den illustrerar åter behovet av utökat samarbete i Södra sjukvårdsregionen, t.ex. beträffande indikationer och operationsteknik, genom gemensamma utbildningsmöten och rotationstjänstgöring. De flesta enheterna klarar inte att utföra dessa operationer inom vårdgarantins stipulerade 3 månader, vilket kunde motivera ett ökat samarbete kring väntelistor, även om, som ovan anförts, ingen enhet har nämnvärd ledig kapacitet.

Handläggning av patienter med komplicerade bräck och behov av s.k. bukväggsrekonstruktioner är redan centraliserad till SUS Malmö men utförs där av det s.k. bukväggsteamet och inte av kolorektalsektionen. Denna ordning är välfungerande och finns inga skäl att ändra.

### **Stomier**

Både ileo- och kolostomier är frekventa inom kolorektalkirurgin, vanligen som temporär åtgärd, t.ex. vid akuta tillstånd, men också rutinmässigt vid bl.a. distala rektumresektioner med primär anastomos på malign indikation och också som definitiv terapi i ett mindre antal fall. I statistiken (tabell 1) för stomioperationer är det dock mycket svårt att tydligt utläsa dels indikationen för stomianläggningen då den vanligen är en del av en större operation och vid nedläggningen framgår ofta inte vad den primära stomiorsaken var, t.ex. cancerkirurgi. Dessa patienter behöver kontinuerlig hjälp och tillsyn av stomisjuksköterskor, vilka finns vid alla enheter som bedriver tarmkirurgi, med i stort sett god bemanning.

För patienter med temporär stomi är väntetiderna generellt långa för nedläggning och ingen enhet klarar vårdgarantin. Enstaka patienter remitteras till andra kliniker för stominedläggning, men ofta är det en fördel med kontinuitet och att samma kirurger som har utfört det primära ingreppet också ombesörjer stominedläggningen och att samma stomisjuksköterska förbereder patienten. För de patienter som önskar remittering förutsättes utförlig överrapportering mellan enheterna, vilken givetvis underlättas av likartade rutiner, t.ex. vilka preoperativa undersökningar som skall vara utförda, och god kollegiekänedom.

## Kommenterade förslag benign kolorektalkirurgi

### Fördelning

Tabell 3 sammanfattar delprojektgruppens förslag om var olika diagnosgrupper skall handläggas i Södra sjukvårdsregionen. Varje diagnos inkluderar hela vårdkedjan, dvs. utredning, åtgärd och uppföljning, men den exakta fördelningen av vårdkedjans olika moment får avgöras specifikt för de olika diagnoserna och också för enskilda patienter i samråd mellan involverade enheter. I tabellen syftar begreppet "nodkliniker" på kliniker som har specialkompetens och tillhörande resurser för en viss diagnos eller åtgärd. "Nodkliniken" samarbetar med regionens referensklirik SUS Malmö på sätt som dessa överenskommer för varje diagnos. Det kan innebära att majoriteten av patienterna handlägges vid "nodkliniken" och SUS Malmö främst bistår med kompetens. Antalet "nodkliniker" kan variera mellan 1 -2 stycken.

| OMRÅDE              | SAMTLIGA KLINIKER   | NODKLINIKER   |
|---------------------|---|---|
| IBD                 | Kolektomi (akut och elektiv)                                      | Bäckenreservoar (SUS Malmö, Karlskrona)   |
|                     | Ileorektal anastomos  |   |
|                     | Primära och selekterade re-resektioner Mb. Crohn                  | Re-resektioner Mb. Crohn (SUS Malmö, Karlskrona, Helsingborg)   |
|                     | Okompl strikturoplastik   | Kompl strikturoplastik (SUS Malmö, Karlskrona, ev Helsingborg)  |
|                     | Okompl ano-rektal Mb. Crohn                                       | Kompl. ano-rektal Mb. Crohn (SUS Malmö BBC)   |
| Divertikulos        | Tarmresektion (akut och elektiv)                                  |   |
| Stomier             | Rutinop.  | Kompl. rekonstr. (SUS Malmö)  |
| Stomi- och ärrbräck | Okompl. fall  | Kompl. fall (SUS Malmö)   |
| Proktologi          | Hemorroider<br>Fissurer<br>Låga analfistlar<br>Okompl. prolapsop. | Höga analfistlar, kompl. prolapsop., sfinkterrekonstr., avancerade inkontinensop (SUS Malmö BBC, delvis Karlskrona) |

Birger Pålsson

|             |   |   |
|-------------|---|---|
| Akut        | Ileus, ischemi och rutinrekonstr. efter akutop  | Kompl. rekonstr. efter akutkir (SUS Malmö)                                  |
| Trauma      | Damage control, rutinrekonstr. efter traumakir. | Avancerad traumasjukvård resp. kompl. rekonstr. efter traumaop. (SUS Malmö) |
| Barnkirurgi | Akuta rutinop.                                  | Avancerad traumasjukvård (Barnkir Lund)<br>Elektiv tarmkir (Barnkir Lund)   |

Tabell 3. Sammanfattning av förslag var vilka diagnosgrupper skall handläggas.

### Permanent arbetsgrupp

Delprojektgruppen rekommenderar ett omgående inrättande av en permanent arbetsgrupp för kirurgiska kolorektala sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen. Gruppen föreslås bestå av en representant för varje klinik (Kronoberg, Blekinge, Kristianstad, Helsingborg, Ystad, Halmstad och Malmö). Uppgifterna är bl.a. att: Ansvara för kompetens genom kontinuerlig fortbildning (regelbundna möten och kurser, randtjänstgöring etc.). Föreslå arbetsfördelning framgent för de berörda patientgrupperna med hänsyn till var kapacitet och kompetens finns för de samlade vårdkedjorna (inklusive diagnostik och uppföljning). Bevaka och initiera utprovandet och införandet av ny teknik och terapi strukturerat och synkroniserat, företrädesvis nodbaserat, dvs. en enhet har koordinatorfunktion och en-par andra deltar. Ansvara för FoU-frågor (se separat rubrik). Utarbeta evidensbaserade, gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen, helst harmoniserade nationellt. Då den benigna kolorektala kirurgin är integrerad med den maligna dito, är det väsentligt att diagnosgrupperna hanteras gemensamt och lämpligen bör LPPL från varje klinik vara medlemmar i arbetsgruppen.

Arbetsgruppen skall ges ett tydligt mandat och dess medlemmar arbetar på uppdrag av respektive verksamhetschef. Administrativt stöd skall säkras för framtagande av enhetlig statistik och bistå arbetsgruppen i övrigt. Gruppens förslag föredras och beslutas i chefsrådet för verksamhetscheferna för de kirurgiska klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. Om ärenden kräver övergripande beslut i södra regionen ansvarar chefsrådet för att dessa förs vidare till Södra regionvårdsnämnden.

### Utbildning

Övergripande ansvarar universitetskliniken för dessa frågor, men i tätt samarbete och synkroniserat med övriga enheter. Via ovan föreslagna permanenta arbetsgrupp koordineras dessa frågor. Gemensamt definieras hur specialisering till kolorektalkirurg skall ske (har i viss mån påbörjats via bl.a. kursverksamhet i SUS regi) och vilka kriterier och kvalitetskrav som skall uppfyllas (avser både teoretisk utbildning och praktisk träning, inklusive riktvärden för uppnått antal operationer etc.). Nationell samsyn skall givetvis eftersträvas och utbyte ske kontinuerligt mellan sjukvårdsregionerna (gemensamma kurser och konferenser, rotationstjänstgöring, studiebesök etc.) respektive via Svensk kolorektalkirurgisk förening.

Birger Pålsson

Redan förekommer i begränsad omfattning rotation mellan enheterna av kirurger. Dock är denna sporadisk och inte systematisk samt baseras på enskilda initiativ. Några formella krav på dylik rotation finns inte. Målet bör vara att varje kirurg har en individuell utbildningsplan i vilken ingår åtminstone totalt 3 månaders tjänstgöring vid en eller flera andra enheter. Efter uppnådd subspecialisering skall fortsatta möjligheter till rotationstjänstgöring erbjudas. Denna kan också vara del av ett utbyte inom regionen, där en enskild kirurg med särskild kompetens bistår vid operation på en annan enhet respektive att utredande och ansvarig kirurg "följer sin patient" och deltar i operationen av densamma om remittering har skett till annan enhet. Ovannämnda arbetsgrupp kan lämpligen synkronisera dessa planer.

Motsvarande möjlighet bör också införas för främst operationssjuksköterskor, men också t.ex. för stomisjuksköterskor och specialistsjuksköterskor på kolorektala vårdavdelningar.

Personalrelaterade frågor om reseersättning, resor på arbetstid, lönesättning etc. måste harmonieras i Södra sjukvårdsregionen och är föremål för en särskild utredning.

### **FoU**

Forskningsprojekt kan och skall initieras och bedrivs vid varje enhet, så långt applicerbart i samarbete med övriga enheter och SUS, bl.a. för att snabbare nå tillräckliga volymer och sprida metodkunskap. Det kan vara lämpligt att på sikt skapa en särskild FoU-grupp för Södra sjukvårdsregionen inom området. Nationella och internationella kliniska multicenterstudier skall särskilt lyftas fram, då samtliga enheter har ett lågt deltagande i dylika. En förutsättning är att varje huvudman avsätter mer administrativa resurser för att bistå med dokumentation, rapportering osv. inom studiernas ram. Ett ökat samarbete med organisationen Kliniska studier i Sverige och dess södra nod, Forum Söder (Lund) skall etableras, för att dra nytta av deras specialkompetens och infrastruktur inom kliniska prövningar.

### **IT-system för kontinuerlig statistik**

Det saknas ett enkelt, övergripande IT-system för att momentant ta del av samlad statistik för de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen vad gäller väntelistor, vårdplatsläge, op-salskapacitet etc. Genom ett dylikt underlättas samarbetet väsentligt och patienter som så önskar kan erbjudas vård vid annan enhet, vilket befrämjar en jämlik vård i regionen. Det är väsentligt att systemet redovisar statistik enhetligt och enligt gemensamma definitioner. IT-stödets parametrar skall definieras av den permanenta arbetsgruppen så att de blir adekvata och användbara. Personal som administrerar systemet måste tillsättas av huvdmännen.

### **Traumaomhändertagande**

Traumapatienter omhändertas vid samtliga kliniker och måste enligt vår mening fortsätta att göras så. Som framhållits ställer traumavård stora krav på generella kunskaper inom traumatisk patofysiologi och en väl uppbyggd och tränad multidisciplinär organisation. Antalet patienter med avancerade traumatiska tarmskador är därtill få. Delprojektgruppen understryker därför vikten av en harmoniserad och välstrukturerad traumaskickvård i hela Södra sjukvårdsregionen, där kolorektalkirurger kontinuerligt tränas i praktisk traumakirurgi, lämpligen via det

Birger Pålsson

traumacentrum som är under uppbyggnad vid SUS Lund. Redan finns vid varje sjukhus traumakommittéer, med ansvar för den lokala koordinationen och utbildningen, med vilka ovan föreslagna arbetsgrupp skall etablera samarbete.

### **IBD-kirurgi**

Kompetens för diagnostik och operation av "basal" IBD-kirurgi (kolektomi vid ulcerös kolit, primärresektion och handläggning av låga anala fistlar vid Morbus Crohn) finns vid varje enhet och bör fortsätta på nuvarande sätt. Däremot bör reresektioner vid Morbus Crohn koncentreras till Helsingborg, Karlskrona och SUS. Likaså bör andra patienter med komplicerade IBD-sjukdomar diskuteras med dessa enheter. Någon systematiserad rikssjukvård har inte skapats för IBD-kirurgin och nationellt remitterande sker viapersonliga kontakter, men är välfungerande och omfattar mycket selekterade patienter, varför vi inte ser anledning att förändra denna pragmatiska organisation.

En viktig uppgift är att aktivt och systematiskt bibehålla grundkompetensen vid samtliga enheter samt att säkra "spetskompetensen" vid de tre nodklinikerna, där de sistnämndas operatörer samtliga är kring 60 år. Varje enhet måste därför redovisa en plan för hur detta skall garanteras, vilken synkroniseras i ovannämnda arbetsgrupp.

En specialindikation är anläggandet av s.k. bäckenreservoar. Då indikationen är relativ, kan behovet i Södra sjukvårdsregionen diskuteras, men i storleksordningen 10-15 bäckenreservoarer om året kan vara rimlig omfattning. Delprojektgruppen föreslår således att framgent operationer för bäckenreservoarer koncentreras till SUS Malmö (under förutsättning att nuvarande resursbrist åtgärdas och att skyndsamt uppträning av fler operatörer sker) samt till Karlskrona (sistnämnda är förankrat hos landstinget Blekinge), kopplat med ett FoU-ansvar. Långsiktig uppföljning av de opererade patienterna kan däremot ske vid hemortsklinikerna.

### **Barnkirurgi**

Som refererats finns en välfungerande basorganisation för tarmkirurgi på barn, där huvudparten utföres vid Barnkirurgiska kliniken SUS Lund. Delprojektgruppen vill understryka att denna förutsätter ett utbyte, t.ex. genom randtjänstgöring, vid Barnkirurgiska kliniken, vilken bör struktureras av arbetsgruppen. Det finns också skäl att mer strukturerat definiera kontaktvägar mellan olika specialiteters kollegor (t.ex. barn gastroenterologer och kirurger).

### **Multidisciplinära terapikonferenser (MDK) regionalt**

En ökad arbetsfördelning förutsätter mer kommunikation kring enskilda patienter mellan regionens kliniker, i alla avseenden (utredning och diagnostik, terapival och operationer, uppföljning etc.) och mellan berörda discipliner (främst kirurgi, gastroenterologi, bildiagnostik och patologi). Som har framhållits, rör det sig ofta om relativt få patienter som handlägges vid varje klinik, varför regionens samlade kompetens och erfarenhet är essentiell för att varje enskild patient skall kunna erbjudas bästa möjliga evidensbaserade vård och de samlade resurserna tillvaratas optimalt. Idag sker dylika kontakter improviserat och baserat på den enskilda läkarens kontaktnät. Delprojektgruppen rekommenderar därför starkt att regionala MDK för patienter med benigna kolorektala sjukdomar skyndsamt införes och att

Birger Pålsson

resurser både IT-mässigt och tidsmässigt för berörda discipliner avsättes. MDK bör koordineras av universitetskliniken, dvs. SUS Malmö.

### **Resurser och prioritering**

Vid samtliga enheter, utom Blekingesjukhuset, är tveklöst bristen på operationssalskapacitet och skiftande tillgång på vårdplatser de främsta orsakerna till långa väntetider. Detta medför att möjligheterna att minska de omfattande patientköerna med en utvidgad arbetsfördelning i Södra sjukvårdsregionen är minimala, eftersom inget sjukhus har någon ledig kapacitet utan tvärtom för få resurser. Särskilt problematiskt är detta vid SUS Malmö, som i egenskap av universitetsklinik har att utföra specialkirurgi inom både maligna och benigna diagnoser för hela Södra sjukvårdsregionen och även inom vissa områden nationellt, men samtidigt har ålagts ett centralsjukhusuppdrag utan erforderliga resurser. I praktiken har detta lett till att SUS Malmö endast i minimal omfattning kan operera patienter med lägre prioriterade benigna diagnoser.

Det samlade problemet blir ännu påtagligare om även andra opererande discipliners kösituation beaktas, främst ortopedklinikerna. Det är uppenbart för delprojektgruppen att det i mycket ringa grad sker en s.k. horisontell prioritering mellan samtliga opererande kliniker på och mellan de enskilda sjukhusen. Även om så skedde, finns det ringa hållpunkter för att en dylik löser de totala köproblemen, då det totala patientantalet är oförändrat. Däremot skulle en "horisontell" prioritering generellt ge ett mer optimalt medicinskt, etiskt (bättre prioritering) och juridiskt (jämlik vård) omhändertagande med ett något bättre totalt resursutnyttjande. Ytterst är detta dock en sjukvårdspolitisk fråga för varje huvudman och i samarbetet i Södra sjukvårdsregionen.

### **Ekonomi**

Det har legat utan delprojektgruppens resurser att utföra ekonomiska beräkningar av ovanstående förslag, men några aspekter skall framhållas. Som torde framgå, är det synnerligen svårt att isolerat göra ekonomiska kalkyler för en viss patientgrupp då vårdkedjorna hänger samman och utförs av samma personal. Som har påtalats finns i ringa eller ingen grad heller någon möjlighet att omfördela patientgrupper mellan enheterna, då samtliga har resursbrist. Det skall också starkt understrykas, att samtliga kliniker är centralsjukhus och också en universitetsklinik, med det yttersta ansvaret för akutverksamheten i respektive upptagningsområde, vilken kräver en hög beredskap och bibehållen bred kompetens, vilket förutsätter en dito bred elektiv verksamhet. Det skall också beaktas, att omfördelning av patienter i grunden är ett "nollsummespel", då antalet patienter förblir detsamma. Dock vill delprojektgruppen understryka, att ett ökat inslag av hälsoekonomiska analyser bör ingå vid införandet av ny diagnostik och terapi.

### **Etik**

Delprojektgruppens bedömning är att de föreslagna åtgärderna inte bara är etiskt försvarbara utan bidrar till ökad kvalitet och mer jämlik vård i Södra sjukvårdsregionen.

### **Tidplan**

Flertalet av ovannämnda förslag bör kunna implementeras till utgången av 2019.