

2018-11-08

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Delprojekt 9. Benigna kirurgiska sjukdomar i esofagus-ventrikel, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja föreslagen fördelning av diagnosgrupper mellan olika kliniker enligt tabell nedan
2. Att beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid fjärde mötet år 2019

Bakgrund

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2018-06-07 att med godkännande lägga rapporten om delprojekt 9. Benigna kirurgiska sjukdomar i esofagus-ventrikel, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden till handlingarna. Södra Regionvårdsnämnden beslutade också att bordlägga rekommendationen till huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna inklusive föreslagen fördelning av diagnosgrupper mellan olika kliniker i bifogad rapport daterad 2018-05-08.

Till delprojektgruppen har samtliga huvudmän inbjudits att delta med representanter från de sjukhus som handlägger patientgrupperna. Benigna sjukdomar i esofagus och ventrikel, både elektiva och akuta, som kräver kirurgiska åtgärder uppvisar var för sig låg incidens men kräver vanligen omfattande diagnostik med flera kliniker involverade och hög operativ kompetens.

Generellt är antalet patienter med kirurgikrävande diagnoser inom esofagus och ventrikel och inom övre gastrointestinalområdet (gi) relativt stabilt, även om en stor ökning har skett av volymen obesitasoperationer de senaste 20 åren, men där de senaste åren en stabilisering synes ha skett.

Vid samtliga kliniker råder brist på operationssalskapacitet, oavsett typ av kirurgi, främst beroende på omfattande sjuksköterskevakanser, och av samma skäl också vårdplatsbrist. Dock är Landstinget Blekinge i relativt god balans och klarar sina egna behov samt har f.n. en liten ledig kapacitet inom övre gi-kirurgin.

Generellt löser inte arbetsfördelning inom södra regionen av operationerna inom esofagus-ventrikelområdet och annan övre gi-kirurgi svårigheterna att hålla vårdgarantitider hos huvudmännen, dels för att ingreppen (utom för gallsten och obesitas) är förhållandevis få, dels för att klinikerna (förutom Blekinge) inte har någon ledig kapacitet.

Nedanstående tabell sammanfattar delprojektgruppens förslag om var olika diagnosgrupper skall handläggas i Södra sjukvårdsregionen. I tabellen syftar begreppet "specialiserade kliniker" på kliniker som har specialkompetens och tillhörande resurser för en viss diagnos eller åtgärd.

OPERATION/ÅTGÄRD	SAMTLIGA KLINIKER	SPECIALISERADE KLINIKER
Galloperation	Ja	Specialfall SUS Lund HPB-sekt
ERCP	Ja	Spyglass Växjö och SUS Lund
Antirefluxoperationer	Nej	Blekinge. Specialfall SUS Lund.
Achalasi	Okomplicerade	SUS Lund (bl.a. POEM)
Intrathorakal ventrikel	Okomplicerade	Blekinge. SUS Lund (avancerade).
Dilatation/stentläggning esofagus	Ja	Specialfall SUS Lund. Dysfagicentrum?
Rekonstruktionsop post- GBP ¹	Nej	Växjö. Helsingborg.
Splenektomi	Ja	Nej
Obesitasop (GBP/Sleeve)	Ja	Nej
Operation "massiv obesitas"	Nej	Helsingborg.

Tabell: Föreslagen arbetsfördelning specificerade diagnoser mellan klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. ¹GBP = Gastric by-pass.

Rita Jedlert
Direktör

Södra Regionvårdsnämnden**Projekt regional arbetsfördelning****Delprojekt 9. Benigna kirurgiska sjukdomar i esofagus-ventrikel****BAKGRUND**

Benigna sjukdomar i esofagus och ventrikel, både elektiva och akuta, som kräver kirurgiska åtgärder uppvisar var för sig låg incidens men kräver vanligen omfattande diagnostik med flera kliniker involverade och hög operativ kompetens. Den samlade omfattningen i Södra sjukvårdsregionen har inte varit helt klarlagd, inte heller hur enskilda huvudmän och kliniker fortsatt planerar för dessa patienter. Problem föreligger också avseende kompetensförsörjningen för flera personalkategorier inom olika discipliner (läkare, sjuksköterskor och BMA inom bl.a. kirurgi inklusive operation och bild- och funktionsdiagnostik).

Mot denna bakgrund befanns sjukdomsgruppen motiverad att närmare utreda som ett delprojekt inom ramen för Södra sjukvårdsregionens projektgrupp (v.g. se bilaga 1).

DELPROJEKTGRUPP

Samtliga huvudmän har inbjudits att delta med representanter från de sjukhus som handlägger patientgrupperna. Delprojektgrupp har utgjorts av för övergripande projektgruppen och tillika utsedd till ordförande - doc, öl Birger Pålsson, Region Kronoberg – öl Richard Johansson, Landstinget Blekinge – öl och VC Linus Axelsson efterträdd av öl Nicole von Zedlitz, Förvaltning Kryh, Skåne – med. dr., öl Thordur Bjarnason, SUS Lund – doc, öl Jan Johansson samt Region Halland – doc, öl Claes Hjalmarsson, efterträdd av öl Jonas Karlberg men ingen av dessa har deltagit i mötena utan enbart avgett enstaka mailkommentarer, och patientrepresentant, förre VD Didrik von Porat. Förvaltning Sund, Skåne har via VC Jörgen Wenner avböjt deltagande då man inte längre opererar patientgruppen men har deltagit i diskussioner kring obesitaskirurgi per tel och mail.

PATIENTVOLYMER

Generellt är antalet patienter med kirurgikrävande diagnoser inom esofagus och ventrikel och inom övre gastrointestinalområdet generellt relativt stabilt, även om en stor ökning har skett av volymen obesitasoperationer de senaste 20 åren, men där de senaste åren en stabilisering synes ha skett. För just obesitasopererade verkar dock en långsam och konsekvent ökning ske av gruppen med långsiktiga komplikationer (kroniska buksmärter och nutritionsproblem), i storleksordningen 3-5 %, vilka, förutom ganska omfattande sjukvårdsstöd generellt, i selekterade fall behöver relativt komplicerade rekonstruktiva operationer med återställande av anatomin.

För gruppen övre gi-patienter som helhet gäller att de vanligen kräver ganska omfattande utredningskapacitet, främst gastrokopier, men att endast en minoritet behöver opereras, undantaget patienter med gallbesvär och obesitas. Det exakta operationsbehovet är därmed svåruppskattat, då indikationerna ofta är relativa (t.ex. antirefluxoperationer, där majoriteten av patienterna klarar sig med farmakologisk terapi och livsstilsråd), och ett mindre mörkertal torde föreligga med patienter som inte söker hjälp och därmed inte blir utredda.

Tabell 1 redovisar antal åtgärder för olika diagnoser inom övre gi-området som fordrar operation eller andra kirurgiska åtgärder av specialiserade kirurger, rapporterade av respektive klinik. Samtliga

har framhållit problemet att få fram tillförlitlig statistik, bl.a. beroende på olika kodningsprinciper och diskrepans mellan olika register. Rapporterade data ger dock en god uppfattning om storleksordningarna och representativa diagnoser.

OP/ÅTGÄRD/ÅR	KRISTIANSTAD (1501-1712)	BLEKINGE ¹ (1301-1612)	KRONOBERG ² (1301-1612)	SUS ³ (1402-1802)
Achalasi	3		1	5
Intrathorakal ventrikel	9,5	5,5	1,2	15,4
Reflux	1	7,5	6,2	10
Rekonstruktion post-GBP	2		10	5 ⁴
Dilat esofagus	16	26		178 ⁵
Stent esofagus	11	18		
Splenektomi	3	2	5	Op ej
GBP/Sleeve	Op ej		80	Op ej
Gallop	234		250	Op ej
ERCP	224		210	Utför ej

Tabell 1. Antal åtgärder inom övre GI-sfären per år (medeltal enligt perioder inom parentes) och enhet. ¹Blekingesjukhuset bedriver polikliniska operationer och viss diagnostik även i Karlshamn. ²Kronoberg avser både Växjö och Ljungby, där sistnämnda f.f.a. op gallpat, obesitaspat samt gastroskoperar ³SUS Lund har renodlad esofagus-ventrikelsektion medan gallkir, ERCP och splenektomier sker via separat HPB-sektion ⁴Avser komplexa reop, bl.a. fistelbildningar ⁵Stor andel achalasadilatationer med specialballong

KIRURGISKA RESURSER

I tabell 2 anges antal kirurger med övre gastrointestinal profil (för SUS Lund enbart de som handlägger patienter med sjukdomar i esofagus-ventrikel) vid varje klinik samt tillgång till operationssalar. Det skall understrykas att samma kirurger opererar både patienter med maligna och benigna sjukdomar inom samma operationssalsutrymme. Däremot görs galloperationer av fler kirurger än dem i tabell 2 och ofta av ST-läkare i senare fas av sin utbildning. Tilldelad operationssalskapacitet avser totalantalet operationssalar disponibla en hel dag (således är 3 salar under 1 dag samma som 1 sal under 3 dagar).

Antalet övre gi-kirurger idag är i underkant i relation till det samlade uppdraget, inkluderande utredningar och uppföljningar, och när operationssalstillgången åter når stipulerade nivåer torde en viss brist uppstå. Varje enhet skulle för optimal bemanning behöva 1-2 specialister/överläkare ytterligare. Åldersfördelning är däremot relativt gynnsam och inga betydande pensionsavgångar sker de närmaste åren.

KIRURGER	CSK	BLEKINGE	KRONOBERG	SUS ¹
Överläkare	2	2	4	4
Specialister	1	2	1	2
Op-salsdagar/vecka	3	3	6	4

Tabell 2. Antal kirurger med övre GI-kompetens per enhet samt op-salstillgång.¹SUS Lund avser enbart kirurger inriktade på esofagus-ventrikelpatienter

Vid samtliga kliniker råder generell brist på operationssalskapacitet, oavsett typ av kirurgi, främst beroende på omfattande sjuksköterskevakanser, och av samma skäl också vårdplatsbrist. Dock är Landstinget Blekinge i relativt god balans och klarar sina egna behov samt har f.n. en liten ledig kapacitet inom övre gi-kirurgin på grund av att för två år sedan kirurgin på malign indikation centraliserades till SUS Lund.

Generellt löser inte arbetsfördelning inom södra regionen av operationerna inom esofagus-ventrikelområdet och annan övre gi-kirurgi svårigheterna att hålla vårdgarantitider hos huvudmännen, dels för att ingreppen (utom för gallsten och obesitas) är förhållandevis få (se tabell 1), dels för att klinikerna (förutom Blekinge) inte har någon ledig kapacitet. Det skall också understrykas att varje enhet dels prioriterar mellan de olika patientgrupperna med benigna övre gi-sjukdomar och dels mot patienter med cancersjukdomar oavsett organ. Däremot kan en viss selektiv arbetsfördelning ge kvalitetsvinster, främst då diagnosgrupperna har få patienter och operationerna är sällan förekommande. Även en viss köutjämning med kortare, men fortfarande för långa, väntetider kan potentiellt ske (se nedan).

Delprojektgruppen vill understryka att inga privata vårdgivare med helhetsansvar finns inom övre gi-sektorn i Södra sjukvårdsregionen. Obesitasoperationer i Region Skåne görs dock i nuläget i stor utsträckning i upphandlad privat regi, men preoperativ utredning liksom sena komplikationer sköts av den offentliga vården. Vi bedömer inte denna uppdelning optimal eller långsiktigt hållbar enligt resonemang nedan. I Regin Skåne utförs också en betydande andel rutingastroskopier i privat regi, men den samlade endoskopisituationen i Södra sjukvårdsregionen är föremål för en särskild utredning via SRVN:s projektgrupp och avhandlas därför inte här.

Någon prioritering av patienter mellan huvudmännen sker ju inte, då varje landsting endast har juridiskt ansvar för sina medborgare. Dock borde det vara möjligt att efter sjukvårdspolitiska beslut i södra regionen införa en gemensam oidentifierad väntelista baserad på antal patienter, diagnos och planerat ingrepp, vilken skulle ge möjligheter att bistå varandra mellan sjukhusen på ett enklare sätt och därmed öka möjligheterna för jämlik vård.

Diagnostiska resurser

För samtliga diagnoser inom esofagus och ventrikel krävs endoskopisk diagnostik. Tillgången på gastroskopi är relativt god, även om lågprioriterade patienter väntar längre än vårdgarantins 3 månader, inte ovanligt upp till 6-9 månader. Överlag är också kvaliteten på de endoskopiska undersökningarna god, även om en standardiserad utbildning och fortbildning saknas, vilket är fallet även nationellt. Ett dilemma är dock att merparten av gastroskopierna utföres av kirurger och därmed tar en betydande andel av deras tid, vilket kan ifrågasättas. Det bör diskuteras om inte fler rutingastroskopier skall utföras av, dels gastroenterologer (som det dock råder viss brist på) och dels endoskopiutbildade sjuksköterskor (som det också råder brist på).

För vissa diagnosgrupper krävs mer omfattande utredning, främst med bilddiagnostik i form av DT (datortomografi) och MRT (magnetresonanstomografi), t.ex. vid intrathorakalt belägen ventrikel och hos patienter med kroniska bukbesvär efter obesitasoperationer. Generellt finns vid samtliga sjukhus tillräcklig röntgenkompetens men med skiftande väntetider, upp till flera månader, främst avseende

MRT, vilket huvudsakligen betingas av sjuksköterskebrist. Mer riktad diagnostik med klinisk-fysiologiska metoder, främst med 24-timmars pH- och tryckmätning, krävs vid utredning av företrädesvis patienter inför eventuell antirefluxoperation och ofta vid achalasi. Dylig teknik erbjudes idag inte i Kronoberg, som repellerar på Blekinge.

KOMMENTERADE FÖRSLAG

Säkerställ kompetens inom övre gastrointestinal kirurgi vid varje centralsjukhus.

Delprojektgruppens bestämda utgångspunkt är att patientgrupperna även fortsatt skall kunna handläggas hos varje huvudman. Detta förutsätter både ett bibehållande och utvecklande av verksamheten för långsiktig stabilitet. Flera av tillstånden har relativt diffusa symptombilder, vilka kräver tidig kontakt med specialistvård (företrädesvis kirurgi men även gastroenterologi och ÖNH), omfattande diagnostik (endoskopi, röntgen och klinisk fysiologi), relativt specialiserade operationer i selekterade fall och/eller upprepade terapier av annat slag (t.ex. endoskopiska dilatationer) samt för vissa diagnoser långvarig uppföljning. För många av patienterna är därför närhetsprincipen väsentlig (geografiskt nära tillgång till kompetent sjukhus) för att undvika många resor, vidmakthålla en god livskvalitet och kontinuitet i vårdkontaktarna samt för att uppfylla lagstadgade kravet på jämlik vård. I de fall där ytterligare specialkompetens krävs har sedan länge en viss fördelning skett inom professionen i södra regionen och denna är i stort välfungerande men kan genom dialog och överenskommelser inom professionen utvidgas och utvecklas.

Permanent arbetsgrupp ÖGI-kirurgi Södra sjukvårdsregionen.

Delprojektgruppen rekommenderar ett omgående inrättande av en permanent arbetsgrupp för kirurgiska övre gastrointestinala sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen. Vi vill starkt betona detta behov för långsiktighet och förankring inom professionen. Gruppen föreslås bestå av en representant för varje klinik (Kronoberg, Blekinge, Kristianstad, Helsingborg, Ystad, Halmstad och Lund). 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 (även 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. Övergripande ansvara för FoU-frågor (se separat rubrik). Utarbeta evidensbaserade, gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen, helst harmonierade nationellt.

Då den benigna övre gi- kirurgin är integrerad med den maligna dito, är det väsentligt att patientgrupperna hanteras gemensamt och lämpligen bör LPPL (lokala patientprocessledare för maligna diagnoser) från varje klinik vara medlemmar i arbetsgruppen. Arbetsgruppen skall också knyta kontakter med den regionala programområdesgruppen för mag-tarmsjukdomar inom det nyligen initierade nationella programområdesuppdraget från Sveriges kommuner och landsting.

Arbetsgruppen skall ges ett tydligt mandat och dess medlemmar arbeta på uppdrag av respektive verksamhetschef. Gruppens förslag föredras och beslutas i chefsrådet för verksamhetscheferna för de kirurgiska klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. I de fall övergripande sjukvårdspolitiska beslut erfordras, för chefsrådet dessa ärenden vidare till SRVN. Med denna väldefinierade

handläggnings- och beslutsgång, uppfattar vi att ett rationellt och väl förankrat samarbetsforum skapas i Södra sjukvårdsregionen.

Tillräckliga patientvolym, obesitasoperationer och gallkirurgi inkluderas.

För att bibehålla och utveckla övre gi-kompetens krävs tillräckliga patientvolym för att upprätthålla vårdkedjornas olika komponenter. Därför har gruppen även inkluderat obesitaskirurgi och gallkirurgi i sitt underlag, även om dessa primärt inte ingick i uppdraget. Handläggning i offentlig regi av patienter med dessa diagnoser erbjuder ett stabilt underlag över tid för att kontinuerligt bedriva diagnostik och övre gi-kirurgi vid ett centralsjukhus (vid SUS har ytterligare uppdelning skett så att två sektioner är berörda samt en privat vårdgivare avseende obesitasoperationer). Därmed säkerställs också underlag för utbildning av blivande specialister i kirurgi på ST-nivå och subspecialister inom både diagnostik, operationsteknik (inte minst minimalinvasiv teknik) och uppföljning inom övre gi-området. Även för utbildning av operationspersonal och specialistsjuksköterskor på specialiserade vårdavdelningar är patientgruppen väsentlig. F.f.a. obesitaspatienter lider också ofta av allvarliga interkurrenta sjukdomar (diabetes, hjärt-kärlsjukdomar), vilka kräver tillgång till kvalificerad kompetens inom anestesiområdet och intensivvårdsmöjligheter. Därmed säkerställs dylik kompetens även för andra men lågfrekventa patientgrupper med komplicerade anestesibehov.

Delprojektgruppen föreslår således specifikt för obesitaspatienter från Region Skåne ett övertagande i offentlig regi av skäl ovan. Skånes behov uppskattas till 400 – 450 patienter årligen, vilka vi föreslår fördelas enligt följande: Helsingborg/Landskrona och Kristianstad samarbetar om totalt 250 – 300 patienter, Varberg 50 patienter, Kronoberg 100 patienter och Blekinge 50 patienter. Huvudmännen utanför Region Skåne handlägger som tidigare sina egna obesitaspatienter. Detta system gynnar dessutom samarbetet mellan huvudmännen och de ansvariga sjukhusen.

SUS Lund specialåtaganden.

SUS Lund är riksklinik för patienter med esofagustumörer och med komplicerade benigna esofagussjukdomar. Vidare är Barnkirurgen SUS riksklinik för bl.a. barn med esofagusatresi och andra missbildningar inom esofagusområdet, vid vilka operationer man samarbetar med vuxenkirurgerna. Därav följer att SUS Lund måste säkerställa den långsiktiga kompetensen inom dessa områden i vid bemärkelse (förutom kirurgiskt kunnande också diagnostik, anestesi och intensivvård) och ha ett tillräckligt patientunderlag generellt inom esofagus-ventrikelfältet, dvs. samtliga "enkla" fall kan inte omfördelas till andra sjukhus. Exakt vilken patientvolym som krävs varierar över tid och kan inte definieras statistiskt, utan får ske i ett kontinuerligt samarbete med centralsjukhusen via den permanenta arbetsgruppen. Mot denna bakgrund har SUS Lund infört en specifik bakjourslinje inom esofagus-ventrikelsektionen, vars långsiktighet är väsentlig även för utvecklingen inom övre gi-området i Södra sjukvårdsregionen.

Forskning och utveckling

Förutom att ovanstående permanenta arbetsgrupp har ett övergripande ansvar för FoU-frågor, rekommenderar vi att SUS i egenskap av universitetsklinik har ett praktiskt och akademiskt samordningsansvar. Dock är FoU ett gemensamt åtagande för samtliga huvudmän och skall bedrivas vid samtliga centralsjukhus, såsom deltagande i läkemedelsprövningar och andra kliniska studier, kontinuerlig registerforskning och kvalitetsutvärdering etc. Teknikutprovning kan fördelas mellan

sjukhusen, efter överenskommelse i arbetsgruppen, och behöver inte á priori ske vid SUS Lund. T.ex. kan diskuteras om utvecklingen av ESD (endoskopisk submukös dissektion) skall ske vid ytterligare en enhet, förutom den som pågår i Lund, men då givetvis i samarbete. Ett samarbete skall också etableras med Kliniska studier i Sveriges nod i Södra sjukvårdsregionen, forum Söder i Lund, med särskilda resurser för just kliniska studier.

IT-system för kontinuerlig statistik och väntetider

Det saknas således ett övergripande IT-system där varje enskild klinik enkelt kan ta del av samlad och kontinuerligt uppdaterad basal statistik för de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen vad gäller väntelistor, vårdplatsläge, op-salskapacitet, diagnosresurser etc. Denna brist gäller för övrigt samtliga opererande discipliner. Genom ett dylikt system underlättas samarbetet väsentligt och patienter kan erbjudas vård vid annan enhet, vilket befrämjar en jämlik vård i regionen. Det är avgörande 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.

Rotationstjänstgöring

Samtliga kirurger med ögi-profil inom Södra sjukvårdsregionen skall uppmuntras och ges möjlighet till rotationstjänstgöring av olika längd vid de olika sjukhusen, liksom annan personal såsom operationssjuksköterskor och specialistsjuksköterskor på vårdavdelningar. Det kan också innebära att ansvarig kirurg "följer sin patient" och deltar i operationen även om den sker på ett annat sjukhus, för att därefter fullfölja eftervård och uppföljning på hemmasjukhuset. En annan aspekt är systematisk s.k. randtjänstgöring under kortare perioder vid andra sjukhus i södra regionen, vilket måste tas hänsyn till i bemanningsplaner. Delprojektgruppen anser att de övre gi-kirurgiska resurserna i Södra sjukvårdsregionen skall betraktas som en samlad och koordinerad resurs för hela södra regionen.

För blivande specialister inom ögi-fältet i Södra sjukvårdsregionen bör arbetsgruppen föreslå en utbildningsgång som omfattar inte bara hemsjukhuset. En förutsättning är att de "kamerala" villkoren (lön, reseersättning, resor på arbetstid, boende etc.) är harmonierade mellan huvudmännen, vilka avhandlas i en separat utredning inom projektgruppen i Södra regionvårdsnämnden.

Utbildning definierade specialistsjuksköterskor

Som påtalats ovan råder brist på specialistsjuksköterskor inom de för övre gi-området relevanta disciplinerna röntgen (främst för MRT-undersökningar), operation och endoskopi. Delprojektgruppen understryker att dessa vakanser omgående måste åtgärdas för att uppnå stabila och långsiktiga arbetsförhållanden, vilka i sin tur är förutsättningar för att reducera köerna, utveckla verksamheten och uppfylla lagkravet på jämlik vård. Särskilt vill vi att huvudmännen i södra regionen agerar samfällt för att skapa uppdragsutbildningar för ovannämnda sjuksköterskegrupper hos högskolor och universitet i södra regionen.

Multidisciplinär terapikonferens (MDK)

På motsvarande sätt som inom cancervården, bör s.k. MDK inom skapas även för patienter med komplexa, benigna sjukdomar inom esofagus-ventrikelområdet inom södra regionen. Då patientvolymen är relativt liten, torde inte MDK krävas varje vecka, utan får baseras på vid

behovsprincipen, men skall då vara administrativt och tekniskt enkel att etablera (deltagarna skall vara definierade i förväg, tidpunkt fastlagd, IT-frågor lösta osv.). MDK utgör också ett utmärkt fortbildningsforum. Lämpligen ansvarar SUS Lund för MDK-organisationen.

Konkret arbetsfördelning – förslag

Delprojektgruppen föreslår en arbetsfördelning mellan de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen för vissa definierade diagnoser enligt tabell 3 nedan. Tabellen definierar dels vilka diagnoser och åtgärder varje klinik skall kunna utföra, dels vilka som bör koncentreras till färre enheter. Det skall framhållas att inte bara operationen avses utan även till vissa delar utredning och uppföljning, dvs. hela vårdkedjan. Den exakta omfattningen får fastställas från diagnos till diagnos av den permanenta arbetsgruppen och inkluderar remissvägar, att tillräckliga kringresurser finns etc. Till exempel har inte Blekinge kapacitet att gastroskopera samtliga södra regionens patienter med primär frågeställning "antirefluxoperation" utan en första selektion måste ske i patientens hemlandsting, medan däremot 24-timmars pH- och tryckmätning kan ske vid Blekingesjukhuset. Optimalt skulle en diagnostisk och preoperativ värdering kunna ske samlat under 1-2 dagar och patienten därefter vara färdigutredd och planerad för operation.

Förslaget till arbetsfördelning tar också hänsyn till vilken kompetens och vilka specialresurser som redan idag finns vid de olika klinikerna. Spyglasstekniken (ERCP med ultratunna instrument för gallvägar med liten diameter) finns till exempel redan etablerad i Växjö och SUS Lund, i Kristianstad finns kirurger med intresse för kirurgi vid massiv obesitas och SUS Lund har börjat introducera s.k. POEM-teknik (peroral endoskopisk myotomi) vid achalasi. SUS Lund har också konkret föreslagit inrättandet av ett multidisciplinärt dysfagicentrum för patienter med sväljningsproblem oavsett genes kan handläggas, inklusive dem med sviter efter genomgången cancerterapi. I förslaget ingår att lämpliga delar av kan lokaliseras till andra sjukhus (noder) i södra regionen men SUS har en koordinerande funktion.

Det föreligger således redan en viss de-facto arbetsfördelning inom södra regionen, som relaterar till resurser och kompetens och är baserad på inter-kollegiala nätverk. Detta system är välfungerande och bör bibehållas men också utvecklas.

På nationell nivå har vissa specialdiagnoser nivåstrukturerats, t.ex. komplicerade fistlar mellan trachea-bronker och esofagus till SUS Lund. Även för flertalet andra sällsynta och komplexa fall inom övre gi-området som inte är formellt nivåstrukturerade finns väl utarbetade nationella kontaktvägar.

OPERATION/ÅTGÄRD	SAMTLIGA KLINIKER	SPECIALISERADE KLINIKER
Galloperation	Ja	Specialfall SUS Lund HPB-sekt
ERCP	Ja	Spyglass Växjö och SUS Lund
Antirefluxoperationer	Nej	Blekinge. Specialfall SUS Lund.
Achalasi	Okomplicerade	SUS Lund (bl.a. POEM)
Intrathorakal ventrikel	Okomplicerade	Blekinge. SUS Lund (avancerade).
Dilatation/stentläggning esofagus	Ja	Specialfall SUS Lund. Dysfagicentrum?
Rekonstruktionsop post-GBP ¹	Nej	Växjö. Helsingborg.

Splenektomi	Ja	Nej
Obesitasop (GBP/Sleeve) ²	Ja	Nej
Operation ”massiv obesitas”	Nej	Helsingborg.

Tabell 3. Föreslagen arbetsfördelning specificerade diagnoser mellan klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. ¹GBP = Gastric by-pass. ²Fördelning av obesitaspat från Region Skåne, v.g. se detta avsnitt.

Nodmodell enligt parsjukhusprincipen.

För vissa diagnoser, diagnostiska metoder, terapier etc. kan arbetsfördelning enligt parsjukhusprincipen vara att föredra, särskilt om patientvolymerna är relativt små, tekniken dyr, tillgången på kompetens begränsad etc. Förslaget innebär att SUS Lund tillsammans med ett definierat sjukhus ansvarar för den specificerade diagnosen och dess vårdkedja. Dyliga diagnoser fastställs av ovannämnda kontinuerliga arbetsgrupp.

Traumaomhändertagande

Traumapatienter omhändertas idag vid samtliga ovannämnda kliniker och detta förutsätter delprojektgruppen fortsätter. Dock skall framhållas, att traumavård ställer stora krav på generella kunskaper inom traumatisk patofysiologi och en väl uppbyggd och tränad multidisciplinär organisation (särskilt ambulansverksamhet, akutmottagning, operation och intensivvård). Traumakirurgi inom övre gastrointestinalkanalens område kan vara vital men är således en del av den samlade vården av traumapatienter. Antalet patienter med avancerade traumatiska övre gi-skador är därtill få. Delprojektgruppen understryker därför att en harmonierad och välstrukturerad traumasjukvård i hela Södra sjukvårdsregionen vidareutvecklas, där övre gi-kirurger kontinuerligt tränas i praktisk traumakirurgi, lämpligen koordinerat via det 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 övre gi-arbetsgrupp skall etablera samarbete.

Barnkirurgiska aspekter

Delprojektgruppen har inte haft i uppgift att utreda barnkirurgiska aspekter, då denna patientkategori uteslutande opereras vid Barnkirurgiska kliniken i Lund. Det rör sig dessutom om ett fåtal patienter, där merparten har medfödda missbildningar, som upptäcks redan i neonatalperioden. Dock bör det påpekas, att den initiala utredningen ofta startar på hemortssjukhuset, vanligen via dess pediatrika klinik, som då kan behöva konsultera kirurger och också förutsätter kompetens inom främst bildiagnostik. Övre gi-sektionerna på de olika sjukhusen måste därför upprätthålla en viss diagnostisk kunskap inom barnkirurgin, främst genom regelbunden fortbildning, arrangerad via den permanenta arbetsgruppen. Som har påpekats är esofagus-ventrikelkirurgerna vid SUS Lund barnkirurgerna behjälpliga vid dessa operationer, där Barnkirurgen också har ett riksuppdrag.

Ekonomi

Delprojektgruppen har inte haft resurser eller som primärt uppdrag att utföra detaljerade ekonomiska beräkningar avseende ovanstående förslag, men några aspekter skall framhållas. Det är i det närmaste omöjligt och inte meningsfullt att isolerat försöka göra ekonomiska kalkyler för en viss patientgrupp då vårdkedjorna för de olika diagnoserna (både benigna och maligna) hänger samman

och utförs av samma personal. Som har påtalats lösgör inte omfördelning av patientgrupper mellan enheterna några resurser totalt sett i södra regionen, då ju patientvolymerna är oförändrade och de samlade resurserna inom södra regionen är otillräckliga. Möjligen kan marginella samordningsvinster uppnås. Likaså skall framhållas att det inte finns evidens för att utförande av operationer i privat regi reducerar kostnaderna, om jämförbara beräkningar görs (t.ex. kostnader för grund- och fortbildning, teknikutveckling, omhändertagande av patienter med komplikationer respektive komplicerade tillstånd och interkurrenta sjukdomar etc.).

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. Detta förutsätter en dito elektiv verksamhet inom både kirurgi, anestesi och intensivvård, diagnostiska discipliner och vårdavdelningar. Dock vill delprojektgruppen starkt rekommendera att hälsoekonomiska analyser bör ingå vid införandet av ny diagnostik och terapi som ett led i både FoU-uppdraget och den permanenta arbetsgruppens uppgifter.

Etik

Delprojektgruppens bedömning är att de föreslagna åtgärderna också är etiskt motiverade och bidrar till ökad kvalitet och mer jämlik vård i Södra sjukvårdsregionen.

Tidplan

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