

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2014-12-05**Hälsoekonomisk bedömning av Regional Cancerplan RCC Syd med särskilt fokus på kontaktsjuksköterskan och den multidisciplinära terapikonferensen - Rapport**

Södra Regionvårdsnämnden beslöt 2014-10-09 § 44 att godkänna Regional cancerplan för Södra sjukvårdsregionen 2015-2018.

Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, har fått i uppdrag att göra en hälsoekonomisk bedömning av den regionala cancerplanen.

Syftet har varit att bedöma organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av några åtgärder eller nyckelinsatser som har stor betydelse för patienter som anges i den regionala cancerplanen. De valda åtgärderna är multidisciplinär terapikonferens och kontaktsjuksköterska.

I ärendet förelåg skrivelse 2014-11-26 från Södra Regionvårdsnämndens kansli samt rapport 2014-11-21 reviderad 2014-11-26 från IHE.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

att lägga informationen till handlingarna.

Bilagor

Skrivelse 2014-11-26 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

2014-11-26

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Hälsoekonomisk bedömning av Regional cancerplan RCC Syd med särskilt fokus på kontaktsjuksköterskan och den multidisciplinära terapikonferensen

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

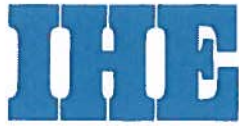
1. Att lägga informationen till handlingarna

Bakgrund

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2014-10-09 § 44 att godkänna föreliggande Regional cancerplan för Södra sjukvårdsregionen 2015-2018. Planen har den långsiktiga målsättningen att minska antalet cancerfall, öka överlevnaden, förbättra livskvaliteten och minska regionala skillnader i överlevnad och livskvalitet hos patienter med cancer.

Institutet för Hälso- och sjukvårdsekonomi, IHE, har fått i uppdrag att göra en hälsoekonomisk bedömning av den regionala cancerplanen. Syftet med projektet har varit att bedöma organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av några åtgärder eller nyckelinsatser som har stor betydelse för patienter som anges i den regionala cancerplanen. De valda åtgärderna är multidisciplinär terapikonferens och kontaktsjuksköterska.

Rita Jedlert
Direktör



The Swedish Institute
for Health Economics
Institutet för Hälsa-
och Sjukvårdsekonomi

RAPPORT

Hälsoekonomisk bedömning av Regional Cancerplan RCC Syd med särskilt fokus på kontaktsjuksköterskan och den multidisciplinära terapi konferensen

2014-11-21, reviderad 2014-11-26

Frida Hjalte
Ida Ahlberg
Gunnel Ragnarson Tennvall

Box 2127 | Visit: Råbygatan 2
SE-220 02 Lund | Sweden
Phone: +46 46-32 91 00
Fax: +46 46-12 16 04
E-mail: info@ihe.se
www.ihe.se
Org nr 556186-3498
Vat no SE556186349801

Innehållsförteckning

Förkortningar	3
Sammanfattning av projektet.....	4
1. Bakgrund	5
2. Syfte.....	5
3. Metod och genomförande.....	5
3.1 Planering av projektet.....	5
3.2 Material.....	7
3.2.1 Intervjuer med kontaktsjuksköterskor	8
3.2.2 Intervjuer med läkare med erfarenhet av MDK.....	8
3.2.3 Kompletterande uppgifter.....	8
4. Resultat	9
4.1 Resultat från intervjuer	9
4.1.1 Erfarenheter från kontaktsjuksköterskor	9
4.1.2 Erfarenheter från läkare avseende MDK.....	10
4.2 Resultat från statistik över nuvarande nivåer	11
4.2.1 Förekomst av kontaktsjuksköterskor.....	11
4.2.2 Förekomst av MDK.....	12
5. Behov och resurser för att uppnå målnivåer för kontaktsjuksköterskor och MDK.....	13
5.1 Positiva effekter och utökat behov av kontaktsjuksköterskor	13
5.1.1 Utökning av antalet tjänster för kontaktssjuksköterskor	13
5.1.2 Utbildning av kontaktsjuksköterskor.....	14
5.2 Positiva effekter och utökat behov av MDK	15
5.2.1 Utökning av MDK-resurser	15
6. Diskussion	16
7. Slutsatser.....	18
Referenser.....	20
Appendix 1. Mortalitet i Södra Sjukvårdsregionen 2013	21
Appendix 2. Beräknat behov av kontaktsjuksköterskor (KSSK) i Södra sjukvårdsregionen för att uppnå uppsatt målnivå	22
Appendix 3. Multidisciplinära terapikonferenser.....	23

Förkortningar

KSSK	kontaktsjuksköterska
MDK	multidisciplinär terapikonferens
MDT	multidisciplinär terapi
PAD	patologisk anatomisk diagnos
RCC	Regionalt cancercentrum

Sammanfattning av projektet

Det finns ett stort behov av att utöka antalet kontaktsjukskötersketjänster inom Södra sjukvårdsregionen för att samtliga cancerpatienter ska få tillgång till den funktionen. Det finns idag omkring 170 kontaktsjuksköterskor motsvarande 50 heltidstjänster i Södra sjukvårdsregionen, men ytterligare minst 50 tjänster behöver tillkomma för att täcka behovet för nydiagnostiserade patienter. Kostnaden för detta beräknas till cirka 30 miljoner kronor. För att täcka behovet av kontaktsjuksköterska under uppföljning efter aktiv behandling och under palliativt skede för patienter med längre överlevnad behövs fler tjänster. Sannolikt är behovet av kontaktsjuksköterska betydligt mindre under uppföljningsfasen än under aktiv behandling. Baserat på antalet överlevande personer som fått en cancerdiagnos högst fem år tidigare kan behovet för dessa patienter uppskattas till omkring 100 ytterligare tjänster.

Utbildningsbehovet för kontaktsjuksköterskor är oklart, men kostnaden per utbildad kontaktsjuksköterska inklusive vikarie vid tjänstledighet uppgår till omkring 100 000 kronor per kontaktsjuksköterska vid en utbildning som omfattar 7,5 högskolepoäng.

Det finns även ett behov av att inrätta fler MDK för diagnosgrupper där funktionen saknas, samt att fler cancerpatienter ska kunna bedömas av de befintliga teamen i Södra sjukvårdsregionen. Den ytterligare kostnaden för att alla cancerpatienter ska bedömas på MDK beräknas uppgå till 2,2 miljoner kronor per år.

Det är emellertid viktigt att notera att det finns stora skillnader mellan tillgången på både kontaktsjuksköterskor och MDK i de olika landstingen men även mellan olika diagnosgrupper.

Inrättande av fler kontaktsjukskötersketjänster kan medföra betydande positiva konsekvenser för sjukvårdens organisation, exempelvis frigörande av resurser för andra personalkategorier, särskilt läkare, vilket troligen innebär att den totala kostnaden blir lägre än beräknats. Även en utökning av antalet patienter som bedöms vid MDK kan medföra positiva effekter som minskar andra kostnader.

Ett problem som kan uppstå är dock bristen på vissa personalkategorier som patologer, urologer, onkologer, bröstradiologer och specialistutbildade sjuksköterskor vilket kan påverka möjligheterna att genomföra åtgärderna.

Sammanfattningsvis beräknas de ökade kostnaderna vara som störst under den första tiden för att därefter plana ut när de positiva effekterna i sjukvården uppkommer. Därtill kan även andra positiva samhällsekonomiska effekter uppstå om patienter fortare kan återgå till arbete.

1. Bakgrund

Regionalt cancercentrum (RCC) Syd har sammanställt en plan för den framtida cancervården inom Södra sjukvårdsregionen med den långsiktiga målsättningen att minska antalet cancerfall, öka överlevnaden, förbättra livskvaliteten och minska regionala skillnader i överlevnad och livskvalitet hos patienter med cancer.¹

Planen innehåller dels visioner, utvecklingslinjer och nyckelinsatser för hela cancerområdet och dels fokus på specifika diagnoser eller diagnosgrupper.

Inom Södra sjukvårdsregionen (inklusive norra Halland) diagnostiseras årligen cirka 12 600 nya cancerfall. I slutet av 2012 fanns det drygt 41 000 personer i regionen som levde inom fem år efter en cancerdiagnos. Det totala antalet cancerfall beräknas öka, dels på grund av befolkningsutvecklingen och dels på grund av ökad incidens för vissa cancerdiagnoser som t ex malignt melanom och lungcancer. Samtidigt kan antalet nyinsjuknande i vissa diagnoser påverkas genom preventiva insatser, exempelvis beräknas antalet fall av livmoderhalscancer minska till följd av HPV-vaccination.¹

2. Syfte

Syftet med projektet var att bedöma organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för Södra sjukvårdsregionen av några åtgärder eller nyckelinsatser som har stor betydelse för patienter och som anges i RCC Syds cancerplan för ett antal definierade cancerdiagnoser. De valda åtgärderna är multidisciplinär terapikonferens (MDK) och kontaktsjuksköterska.

3. Metod och genomförande

3.1 Planering av projektet

Projektet diskuterades först med företrädare för Södra Regionvårdsnämnden och RCC Syd för att besluta vilka områden som analyserna skulle fokusera på eftersom tiden för projektets genomförande var mycket begränsad. Beslut fattades då att primärt fokus skulle vara kontaktsjuksköterskans arbete och den multidisciplinära terapikonferensen (MDK) som båda har stor betydelse för patientens ställning.

Kontaktsjuksköterskan har en nyckelroll i kontakten med patienter och närstående. Enligt den regionala cancerplanen RCC Syd ska kontaktsjuksköterska erbjudas samtliga cancerpatienter genom hela diagnostik- och behandlingsprocessen och denna insats ska vara genomförd senast år 2015.¹

MDK är avsedd att säkra en jämlik bedömning av hög kvalitet, minska väntetider och ge en behandling baserad på flera experters synpunkter. Den multidisciplinära terapikonferensen benämns ibland även som MDT-konferens. Som mål har man i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård angett att alla patienter som får en cancerdiagnos ska erbjudas en namngiven kontaktsjuksköterska och att alla ska diskuteras på en multidisciplinär konferens.^{2,3}

Våra beräkningar utgår ifrån att samtliga patienter ska diskuteras på multidisciplinär terapikonferens och att alla patienter ska ha tillgång till en namngiven kontaktsjuksköterska enligt den regionala cancerplanen.¹

En bedömning avseende kostnadseffektivitet av de olika åtgärderna inom cancervården kan inte genomföras inom projektet. Däremot kan en bedömning av ekonomiska och organisatoriska konsekvenser inom de definierade områdena göras.

Bedömningen har gjorts sammantaget för Södra sjukvårdsregionen, dvs för Region Skåne, Landstinget Blekinge, Region Halland och Landstinget Kronoberg.

Som en utgångspunkt för beräkningarna har vi utgått från statistik kring incidens, prevalens och mortalitet för cancerdiagnoserna i Södra sjukvårdsregionen (Tabell 1). Incidenstal är hämtade från den regionala cancerplanen RCC Syd.¹ Statistik kring prevalens har erhållits direkt av RCC Syd och är definierad som personer som levde med en diagnos per den 31 december 2013 där cancerdiagnosen inträffat högst 5 år tidigare. I brist på data finns inte prevalenstal för samtliga diagnoser i cancerplanen. Mortalitetsdata är beräknad baserad på statistik från Socialstyrelsens Dödsorsaksregister 2013.⁴ Uppdelning på region/landsting i Södra sjukvårdsregionen samt vilka ICD-10 koder som använts för att beräkna antalet döda per diagnosgrupp i cancerplanen finns beskrivet i Appendix 1.

Tabell 1. Incidens, prevalens och mortalitet för ett antal cancerdiagnoser i Södra sjukvårdsregionen 2013.

Diagnosgrupp	Antal nya fall per år enligt Regionala cancerplanen RCC Syd	Antal levande med diagnos högst 5 år tidigare enligt statistik från RCC Syd ^a	Antal döda per år enligt Socialstyrelsens dödsorsaksregister
Bröstcancer	1 700	6 610	309
Bukspottkörtelcancer	200	196	342 ^c
Cancer hos barn och ungdomar	150	^b	^d
CNS-tumörer	200	966	155
Endokrina tumörer	300	1 197	21
Gallvägscancer	100	102	86
Hematologiska maligniteter	450	^b	301
Hudcancer (malignt melanom)	700	2 542	148
Huvud- och halscancer	250	930	98
Levercancer	100	141	116
Livmodercancer	250	961	65
Livmoderhalscancer	100	327	27
Lungcancer	900	1 326	823
Lymfom	350	1303	133
Matstrups- och magsäckscancer	320	455	221
Njurcancer	200	826	106
Peniscancer	30	76	3
Prostatacancer	2 000	8 013	459
Sarkom	70	241	^d
Tarmcancer	1 600	4 310	628
Testikelcancer	55	298	3
Urinblåsecancer	500	1 965	154
Vulvacancer	30	122	8
Äggstockscancer	150	399	125

^a Observera att det finns patienter med diagnos angiven med hemort i Södra sjukvårdsregionen men som sedan flyttat ut ur regionen och tvärtom, fall som rapporterats i övriga Sverige men som sedan flyttat in i regionen under perioden. ^b Prevalensdata ej tillgängliga ^c Skillnaden mellan antalet nya fall av bukspottkörtelcancer och antalet döda kan bero på att fall som upptäcks först i samband med döden inte alltid anmäls till cancerregistret. ^d Mortalitetsdata ej tillgängliga

3.2 Material

Bedömningarna baseras dels på ett antal intervjuer med sjuksköterskor och läkare och dels på statistik tillgänglig via RCC Syd. Alla kostnader beräknas i 2014 års prisnivå.

3.2.1 Intervjuer med kontaktsjuksköterskor

Initialt kontaktades nio kontaktsjuksköterskor med samordningsfunktion och en cancersamordnare för att avtala tid för telefonintervjuer. Av dessa intervjuades samtliga utom två kontaktsjuksköterskor som inte svarade på förfrågan trots påminnelse.

Kontaktsjuksköterskorna valdes ut i samråd med RCC Syd för att representera både olika geografiska delar inom Södra sjukvårdsregionen och olika diagnosområden.

Intervjuerna genomfördes utifrån ett standardiserat frågeformulär med frågor som behandlade kontaktsjuksköterskans arbetsuppgifter, diagnosgrupper, samverkan med andra yrkesgrupper, eventuell utbildning till kontaktsjuksköterska och deltagande i terapikonferenser. Några frågor avsåg antalet patienter som kontaktsjuksköterskan handhar och följer samt hur länge patienten följs.

3.2.2 Intervjuer med läkare med erfarenhet av MDK

Fem läkare från olika kliniska discipliner och diagnosgrupper och med erfarenhet av MDK valdes ut för intervjuerna. Samtliga besvarade förfrågan och deltog i en telefonintervju. De fem läkarna valdes från olika landsting inom Södra sjukvårdsregionen vilket innebär att både regionsjukhus, länssjukhus och länsdelssjukhus finns representerade.

Även intervjuerna med läkare följde ett standardiserat frågeformulär där huvuddelen av frågorna gällde terapikonferenserna. Några frågor avsåg även kontaktsjuksköterskans arbete och samarbetet mellan olika personalkategorier. Frågorna om terapikonferenserna avsåg om de var lokala, regionala eller nationella, vilka personalkategorier som normalt deltar, hur många patienter som tas upp per gång, hur ofta konferenserna genomförs och hur lång tid varje konferens brukar ta. Ytterligare frågor gällde tidsåtgång för förberedelse och efterarbete i samband med konferenserna.

3.2.3 Kompletterande uppgifter

För att kunna beräkna behovet av resurser för att uppnå de uppsatta målnivåerna för kontaktsjuksköterskor och multidisciplinära terapikonferenser utgick vi initialt från den kvalitetsdatabaserade rapportering som finns publicerad på RCC Syds hemsida. Kompletterande uppgifter för diagnosgrupper där information saknades på hemsidan erhöles direkt från RCC Syd baserat på registrering i kvalitetsregistren. Preliminära uppgifter från en tidigare tjänsteman som genomför en kartläggning av kontaktsjuksköterskorna erhöles också. För att få ett något bättre underlag om omfattningen på kontaktsjuksköterskornas tjänster inför beräkningarna fick vi även kompletterande information från Kronoberg och Halland.

Vi har även fått tillgång till en enkätsammanställning från Kronoberg som baseras på svar från 15 kontaktsjuksköterskor. Enkäten behandlade bland annat frågor om uppdraget som

kontaktsjuksköterska, deltagande i MDK, närvaro vid diagnos- och PAD-besked, särskild utbildning som kontaktsjuksköterska, ersättare vid frånvaro och bokning/samordning av återbesök.

Beräkningen för kontaktsjuksköterskor baseras på ett antagande gjort i samråd med RCC Syd att en kontaktsjuksköterska med heltidssysselsättning kan handha cirka 100 cancerpatienter under aktiv behandling medan volymen under kommande uppföljningar kan vara väsentligt högre. Vi är dock medvetna om att denna siffra kan variera beroende på diagnos baserat på att vissa diagnoser är mer resurskrävande än andra. I brist på andra data antar vi emellertid 100 patienter per heltidstjänst för samtliga diagnoser för cancerpatienter under aktiv behandling.

4. Resultat

4.1 Resultat från intervjuer

4.1.1 Erfarenheter från kontaktsjuksköterskor

Få av de sju intervjuade sjuksköterskorna har genomgått en formell utbildning till kontaktsjuksköterska, men samtliga har lång erfarenhet som sjuksköterska. De flesta kontaktsjuksköterskorna arbetar deltid med uppdraget, men en variation mellan 50 och 100% förekommer. För flera diagnosgrupper finns två eller flera sjuksköterskor som kan ersätta varandra vid semester och annan frånvaro medan det för någon diagnosgrupp saknas ersättare vilket uppges innebära en väldigt sårbar situation och sämre trygghet för patienten.

Flera sjuksköterskor samtycker till att en omfattning med cirka 100 aktiva patienter på en heltidstjänst fungerar bra. De flesta sjuksköterskorna upplever att deras arbete medför avlastning för andra personalkategorier, och i störst omfattning för läkarna. Andra grupper och funktioner som till viss del kan avlastas genom kontaktsjuksköterskans arbete är telefonrådgivning, mottagningsarbete, kurator och läkarsekreterare. I vissa fall kan även kontakter med primärvård och akutmottagning minska för patienter som har en kontaktsjuksköterska. Kontaktsjuksköterskorna är ofta med vid läkarbesök när patienten får PAD-besked, besked om behandlingsplan etc. vilket gör att patienten vid behov kan vända sig till kontaktsjuksköterskan för eventuella följdfrågor i stället för en extra läkarkontakt. Organisatoriskt medför kontaktsjuksköterskans arbete fördelar för klinikerna. Några kontaktsjuksköterskor gör postoperativa kontroller och avancerade såromläggningar av nyopererade patienter som tidigare gjordes av läkare. Kontaktsjuksköterskorna gör även

uppföljningar av behandlingsbiverkningar, smärta, nutrition med mera, vilket underlättar patientens situation och kan minska behovet av besök hos läkare och besök vid andra vårdenheter. Andra uppgifter som kan bidra till att väntetider minimeras är kontroll av ledtider, remisshantering, utformning av individuella vårdplaner och koordination mellan vårdenheter. Kontaktsjuksköterskan kan även delta i registerstudier, pågående kliniska studier och ha kännedom om vårdprogram.

En synpunkt som poängterades var behovet av specialistkompetens hos kontaktsjuksköterskan. Det innebär att i samband med kirurgi bör kontaktsjuksköterskan vara knuten till den opererande enheten för att kunna bistå patienten på bästa sätt, t ex med komplicerade omläggningar och att kunna besvara frågor relaterade till ingreppet och eftervården. På motsvarande sätt bör patienten i samband med strålbehandling och avancerad läkemedelsbehandling ha stöd av en kontaktsjuksköterska med onkologisk specialistkunskap. En viktig aspekt är att säkerställa att en aktiv överlämning mellan kontaktsjuksköterskor fungerar adekvat och att vara en länk mellan remitterande och mottagande klinik.

En annan synpunkt som framkom var att det är viktigt att värna kontaktsjuksköterskans huvudsakliga uppgifter med patientkontakter för att inte hamna i en situation där kontaktsjuksköterskan får alltmer administrativ tjänstgöring istället för just patientkontakt.

En aspekt på utbildning av kontaktsjuksköterskor som lyftes fram var att inom ramen för en av de befintliga utbildningarna genomförs ett utvecklingsprojekt kopplat till den egna arbetsplatsen. Ett exempel på ett sådant genomfört projekt är utformning och nystart av en hel mottagning för en viss patientkategori.

Flera kontaktsjuksköterskor angav att omfattningen på nuvarande tjänster inte räcker till för antalet patienter vilket innebär att en del patienter endast har tillgång till kontaktsjuksköterska under aktiv kurativ behandling, men inte i palliativt skede. Vissa nydiagnostiserade patienter får inte direkt tillgång till kontaktsjuksköterska utan måste vänta tills resurser blir tillgängliga.

Flertalet intervjuade kontaktsjuksköterskor deltar i multidisciplinära terapikonferenser.

4.1.2 Erfarenheter från läkare avseende MDK

Bland de läkare som intervjuades finns representanter som deltar i lokal, regional och nationell terapikonferens. De professioner som deltar i konferensen är vanligtvis kirurg, onkolog, patolog, radiolog och kontaktsjuksköterska från kirurgisk respektive onkologisk klinik. Beroende på diagnosgrupp kan även andra specialister delta som t ex öron- näsa och halsläkare, endokrinolog och klinisk fysiolog. Att det är personal med rätt kompetens och

att det är de som har erfarenhet som deltar i konferenserna lyftes fram som en viktig aspekt för konferenserna. Samtliga intervjuade specialister angav att konferensen genomförs minst en gång per vecka. Man poängterade också vikten av att konferenserna hålls tillräckligt ofta för att hålla nere ledtiderna. För bröstcancer genomförs konferensen två gånger per vecka på vissa kliniker. I en intervju framkom också önskemål kring riktlinjer för hur många patienter per MDK som är rimligt att ta upp för att man direkt ska kunna motivera mer än en MDK per vecka. På så sätt kan förlängda ledtider undvikas.

De flesta konferenserna pågår mellan en och två timmar och varje patient ägnas i genomsnitt cirka fem minuter, men en variation mellan en och tjugo minuter förekommer. Oftast är en eller två läkare föredragande och har förberedelsetid på mellan en och fyra timmar. Förberedelsetid kan även förekomma för andra deltagare i konferensen. Efterarbetet för föredragande läkare beräknas av de intervjuade till mellan en och två timmar.

Alla intervjuade läkare poängterar att kontaktsjuksköterskans arbete medför stora fördelar både för organisationen och för patienterna. Någon läkare underströk även att kontaktsjuksköterskans arbete bidrar till en förbättrad arbetsmiljö för läkare eftersom risken och oron för att förbise patientuppföljning minskar. Både läkare och sjuksköterskor har svårt att direkt kvantifiera hur stor avlastning kontaktsjuksköterskans arbete innebär för läkarna på kliniken. Ett par läkare uppger att så mycket som 50% av arbetstiden för en läkare på kliniken eller 15-20 timmar per vecka kan frigöras och användas för andra läkararbetsuppgifter.

Samtliga intervjuade läkare och flera av sjuksköterskorna uppger att de arbetar med att få med patienter i de kliniska studier som pågår.

4.2 Resultat från statistik över nuvarande nivåer

4.2.1 Förekomst av kontaktsjuksköterskor

En sammanställning av behovet av kontaktsjuksköterskor för att uppnå angiven målnivå inom Södra sjukvårdsregionen för de diagnosgrupper som ingår i den regionala cancerplanen redovisas i Appendix 2. Beräkningen baseras på antagandet att en kontaktsjuksköterska med heltidssysselsättning kan handha cirka 100 cancerpatienter under aktiv behandling.

Enligt den preliminära kartläggningen av kontaktsjuksköterskor som genomförts av RCC Syd 2013/2014 uppgår det befintliga antalet kontaktsjuksköterskor i hela Södra

sjukvårdsregionen till 174. Detta avser emellertid inte antalet heltidstjänster, utan en stor andel av sjuksköterskorna har endast deltidstjänst för uppdraget som kontaktsjuksköterska, vilket även framkom i intervjuerna med kontaktsjuksköterskorna. Kartläggningen visar dock att omfattningen av tjänsterna varierar stort, från 5% till 100%. Endast 15% av kontaktsjuksköterskorna arbetar heltid med uppdraget, knappt 30% arbetar 5-20% och drygt 40% arbetar mellan 20 och 60% av en heltidstjänst. Sammantaget motsvarar det cirka 33% sysselsättning som kontaktsjuksköterska.

Den kompletterande informationen kring omfattningen på kontaktsjuksköterskors tjänster från Kronoberg visar att för de 28 kontaktsjuksköterskor där tjänsternas omfattning var tillgänglig, är den genomsnittliga sysselsättningsgraden per kontaktsjuksköterska 32%. För mindre kliniker och för diagnoser med få patienter är sysselsättningsgraden i allmänhet lägre. Det förekommer även att en kontaktsjuksköterska arbetar med patienter från flera diagnosområden. Motsvarande kompletterande information för 34 kontaktsjuksköterskor i Halland visar att den genomsnittliga tjänsten som kontaktsjuksköterska är cirka 25%.

Baserat på nuvarande 174 kontaktsjuksköterskor och en genomsnittlig sysselsättning som kontaktsjuksköterska på cirka 30% motsvarar det ungefär 50 heltidstjänster i Södra sjukvårdsregionen.

För vissa diagnosgrupper finns endast tillgång till en kontaktsjuksköterska vilket innebär sårbarhet eftersom det kan medföra att patienten inte får samma vård eller trygghet när kontaktsjuksköterskan är borta. Tillgången till kontaktsjuksköterskor varierar mellan diagnosgrupper men också mellan sjukhus vilket innebär en risk för ojämlik vård. För vissa diagnosgrupper finns exempelvis enbart kontaktsjuksköterska för patienter under aktiv kurativ behandling, men inte i palliativt skede. Det förekommer även för någon diagnosgrupp att nydiagnosticerade patienter inte direkt får tillgång till kontaktsjuksköterska utan måste vänta tills resurser blir tillgängliga.

4.2.2 Förekomst av MDK

En sammanställning av nuvarande förekomst av multidisciplinära terapikonferenser inom Södra sjukvårdsregionen för ett antal diagnosgrupper redovisas i Appendix 3. För flera cancerdiagnoser finns inga uppgifter om MDK. Det kan antingen betyda att MDK inte förekommer eller att man inte har registrerat i kvalitetsregistren att patienter har bedömts vid terapikonferens. Det senare gäller enligt uppgift för lymfom och testiscancer. För cancerdiagnoser där kvalitetsregister saknas är det osäkert om MDK förekommer eller ej.

Sammantaget kan MDK förekomma i större utsträckning än vad som framkommit från register och från RCC Syd.

5. Behov och resurser för att uppnå målnivåer för kontaktsjuksköterskor och MDK

5.1 Positiva effekter och utökat behov av kontaktsjuksköterskor

De identifierade positiva effekterna av kontaktsjuksköterska är framförallt att vården blir mer patientfokuserad med ökad trygghet för patienten samt att kontaktsjuksköterskan avlastar andra personalkategorier, huvudsakligen läkare, vilket leder till effektivare resursutnyttjande i sjukvården. Exempelvis kan det innebära att en kirurg kan operera mera vilket kan korta väntetider och minska ledtider. För patienten innebär det att de kan komma till snabbare och lättare och få svar på frågor snabbt istället för att vänta på telefoni till läkare.

De positiva effekterna för patienten är svåra att värdera i ekonomiska termer. Även det effektivare resursutnyttjandet i sjukvården upplevs enligt intervjuerna som svårt att direkt kvantifiera. Några intervjuade läkare anger dock att så mycket som 50% av arbetstiden för en läkare eller 15-20 timmar i veckan är tid som har frigjorts och nu kan användas för andra arbetsuppgifter.

Sammantaget består behovet av en utökning av antalet tjänster samt utbildningsinsatser för kontaktsjuksköterskor.

5.1.1 Utökning av antalet tjänster för kontaktsjuksköterskor

För att uppnå målnivån att samtliga nydiagnostiserade patienter ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska krävs totalt drygt 100 heltidstjänster (Appendix 2). Information om cancerincidensen är emellertid inte tillräcklig för att beräkna behovet av kontaktsjuksköterskor eftersom flertalet cancerpatienter har en betydligt längre överlevnad än ett år. I Appendix 2 finns även en beräkning av behovet av kontaktsjuksköterskor för att uppnå att samtliga personer som levde med en diagnos per den 31 december 2013 där cancerdiagnosen inträffat högst 5 år tidigare ska ha en kontaktsjuksköterska. För att uppnå den nivån, dvs att både nydiagnostiserade patienter och patienter under uppföljning, ska ha tillgång till kontaktsjuksköterska skulle det i stället krävas totalt cirka 330 heltidstjänster. Detta ska jämföras med den nuvarande omfattningen på cirka 50 heltidstjänster. Sannolikt behöver dock inte samtliga patienter en aktiv kontakt under 5 år vilket innebär att behovet av antalet heltidstjänster är betydligt lägre än 330 heltidstjänster för att täcka behovet för både nydiagnostiserade patienter och patienter under uppföljning. I våra kostnadsberäkningar utgår vi därför primärt från att det utökade behovet av antalet

kontaktsjuksköterskor i den Södra sjukvårdsregionen uppgår till minst 50 heltidstjänster för att täcka behovet av 100 tjänster under aktiv behandling i anslutning till diagnos. För patienter under uppföljning och palliativ vård krävs ytterligare tjänster, men det är svårt baserat på nuvarande uppgifter att beräkna det exakta behovet. Ett antagande är dock att en kontaktsjuksköterska ska kunna handha åtminstone dubbelt så många patienter som under aktiv behandling, vilket skulle medföra ett behov av ytterligare drygt 100 tjänster.

Sammanfattningsvis motsvarar den nuvarande omfattningen av kontaktsjuksköterskor 50 heltidstjänster. För att samtliga nydiagnostiserade cancerpatienter i Södra sjukvårdsregionen ska få tillgång till en kontaktsjuksköterska behövs ytterligare cirka 50 heltidstjänster. Därutöver kan behovet för patienter under uppföljning efter aktiv behandling uppskattas till ungefär 100 heltidstjänster.

Den årliga kostnaden för att inrätta en heltidsresurs som kontaktsjuksköterska kan beräknas som en genomsnittlig månadslön på 31 600 kronor⁵ i 13,5 månader för att möjliggöra ersättare vid semester och annan frånvaro. Till det ska läggas ett procentuellt pålägg på 45% för sociala avgifter och arbetsgivaravgifter. Sammantaget blir kostnaden för att inrätta en heltidsresurs som kontaktsjuksköterska under ett år 618 570 kronor. (Tabell 2) Baserat på att det utökade behovet av antalet kontaktsjukskötersketjänster beräknas till cirka 50 heltidstjänster för samtliga nydiagnostiserade cancerpatienter uppgår den totala årliga kostnaden till ungefär 30 miljoner kronor.

5.1.2 Utbildning av kontaktsjuksköterskor

De utbildningar som finns tillgängliga för kontaktsjuksköterskor är relativt nya. Som ett pilotprojekt har en utbildning på 30 högskolepoäng i samarbete mellan RCC Syd, RCC Väst, universiteten i Göteborg och Lund och Chalmers tekniska högskola, samt Lära Nära-plattformen för internetbaserade studier tagits fram. Kursen har getts på halvfart under ett år och totalt har 31 sjuksköterskor från Västra och Södra sjukvårdsregionerna genomgått den utbildningen (examen januari 2014).⁶ Det finns dessutom ett antal kortare kurser på 7,5 högskolepoäng som ges vid Linköpings universitet och Linnéuniversitetet i Växjö. Utbildningen vid Linköpings universitet går på halvfart och startade vårterminen 2014.^{7,8} Kursen som ges på Linnéuniversitetet går på halvfart och är en uppdragsutbildning i samverkan med Landstinget Kronoberg.⁹ Framtida kontaktsjuksköterskeutbildningar antas omfatta 7,5 högskolepoäng.

Få av de intervjuade sjuksköterskorna har deltagit i någon formell utbildning vilket delvis kan förklaras med att de utbildningar som finns tillgängliga för kontaktsjuksköterskor är relativt nystartade. Å andra sidan har de flesta kontaktsjuksköterskor sedan tidigare lång erfarenhet av att arbeta med cancerpatienter. Däremot krävs utbildningsinsatser för

sjuksköterskor om fler patienter ska kunna erbjudas en kontaktsjuksköterska och fler kontaktsjukskötersketjänster ska inrättas.

För att en sjuksköterska som redan arbetar på en klinik ska kunna gå utbildning krävs viss tjänstledighet samt att det finns en ersättare vid frånvaron från kliniken. Vi antar att en 7,5 poängskurs skulle innebära totalt 9 veckors tjänstledighet på 50%. Kostnaden för tjänstledigheten beräknas baserat på en sjuksköterskas genomsnittliga månadslön på 31 600 kronor⁵ plus ett procentuellt pålägg på 45% för sociala avgifter och arbetsgivaravgifter. Sammantaget blir utbildningskostnaden drygt 100 000 kronor inklusive kostnad för vikarie för en 7,5 poängskurs. (Tabell 2)

Omfattningen av utbildningsbehovet för kontaktsjuksköterskor är oklar varför det är svårt att beräkna en total kostnad för utbildning.

5.2 Positiva effekter och utökat behov av MDK

De positiva effekterna av MDK kan innebära snabbare omhändertagande, kortare ledtider och effektivare behandling. Detta kan även medföra kortare vårdtider, mindre ingrepp och färre komplikationer vilket i sin tur kan medföra lägre kostnader.

Behovet innebär inrättande av MDK för diagnosgrupper där det idag saknas terapikonferenser och att fler patienter tas upp på konferenserna i vissa diagnosgrupper där man idag endast tar upp en del patienter, t ex av viss svårighetsgrad. Det kan även behövas riktlinjer för maxantalet patienter som tas upp vid varje MDK för att visa behovet av ökat antal konferenser per vecka för stora diagnosgrupper för att undvika fördröjning av behandlingsstart. Revisionskontoret i Region Skåne har till exempel nyligen granskat ledtider i vårdkedjan för bröst- och prostatacancer och funnit att under perioden 2011-2013 har inte något av de redovisade ledtidsmåtten nåtts.¹⁰

Målet i den regionala cancerplanen är att alla patienter ska bedömas på MDK. I våra beräkningar utgår vi dock från en målnivå på 95% eftersom några patienter sannolikt är för sjuka eller svaga för att komma ifråga för aktiv behandling.

5.2.1 Utökning av MDK-resurser

Överlag tyder resultaten av förekomsten av MDK i Södra sjukvårdsregionen på behovet av att inkludera fler patienter i MDK för att nå upp till målnivåerna (Appendix 3). Detta gäller både för diagnosgrupper där MDK redan har införts, men även för vissa diagnoser där uppgifter om MDK saknas. Baserat på incidenstal för respektive diagnosgrupp där uppgift om MDK funnits tillgänglig och att 95% av cancerpatienterna ska bedömas på MDK beräknar vi antalet ytterligare patienter aktuella för MDK i dessa diagnosgrupper till cirka

2 200 per år. För cancer hos barn och ungdomar, endokrina tumörer, hematologiska maligniteter, livmodercancer, lymfom, sarkom, testikelcancer, vulvacancer och äggstockscancer har vi inte tillgång till uppgifter om förekomst av MDK. Vi har dock kännedom om att MDK förekommer inom flera av dessa diagnosgrupper.

I Socialstyrelsens riktlinjearbete beräknades kostnaden 2014 för multidisciplinär terapikonferens till 1000 kronor per patient.² Beloppet baseras på att tiden per patient i genomsnitt uppskattas till mindre än fem minuter, men med en variation mellan mindre än en minut för icke avancerade fall till 15-20 minuter för avancerade fall. I den beräknade kostnaden ingår även förberedelsetid och efterarbete för den eller de läkare som föredrar patienten vid konferensen. De här uppgifterna stämmer relativt väl med den information som vi har erhållit vid intervjuerna med läkare och kontaktsjuksköterskor även om viss variation finns mellan olika diagnosgrupper. (Tabell 2) Om vi antar att det utökade behovet av antalet patienter som ska bedömas på MDK uppgår till omkring 2 200 medför det en totalkostnad på 2,2 miljoner kronor. Det råder en osäkerhet om behovet av utökning av MDK för de diagnosgrupper där vi inte har haft tillgång till data samt huruvida den aktuella omfattningen av de redovisade nivåerna av MDK är representativ för samtliga patienter.

Tabell 2. Beräknade enhetspriser för kontaktsjuksköterskor, utbildning och MDK.

Resurs	Enhetspris (kronor)
Utbildning av kontaktsjuksköterska (inkl. kostnad för vikarie vid tjänstledighet)	100 000
Kontaktsjukskötersketjänst per år	600 000
MDK per patient	1 000

6. Diskussion

Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer 2014 för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård är målnivåerna för både MDK och kontaktsjuksköterska 100%.² Även i den Regionala cancerplanen RCC Syd 2015-2018 anges att alla cancerpatienter ska ha tillgång till en kontaktsjuksköterska och bedömas vid en multidisciplinär terapikonferens. I den nuvarande rapporten har beräkningarna baserats på en något lägre målnivå på 95% för MDK.

Vår rapport baseras på uppgifter från hela Södra sjukvårdsregionen sammantaget eftersom inga enskilda landstings data skulle ligga till grund för analysen. Det finns dock vissa rapporterade geografiska skillnader och skillnader mellan diagnosgrupper som i några fall är ganska stora och antyder behovet av mera omfattande åtgärder i dessa landsting.

När det gäller kontaktsjuksköterskans arbete är det uppenbart att det innebär frigörande av resurser för andra professioner, särskilt för läkarna. För MDK är det svårare att direkt peka på resurser som kan frigöras även om ett snabbare omhändertagande och effektivare behandling kan medföra kortare vårdtider, färre ingrepp och komplikationer och därmed lägre kostnader. Det är emellertid svårt att beräkna dessa positiva effekter i monetära termer. För patienten kan det dock innebära minskat lidande och förbättrad livskvalitet. I en nyligen publicerad systematisk genomgång av studier där multidisciplinära team använts fann man att teamen resulterade i bättre kliniskt resultat och ökad överlevnad för patienter med kolorektal-, huvud-hals, bröst-, matstrups- och lungcancer.¹¹

Problem med att utöka andelen patienter som bedöms vid MDK kan uppstå eftersom det redan är brist eller förväntas uppstå brist på flera av de specialistkompetenser som ingår i sammansättningen av MDK. Exempelvis väntas brist på patologer, bröstradiologer, urologer och onkologer. Brist på patologer kan t ex orsaka att PAD-svar försenas med negativ påverkan på ledtider och ökad oro för patienter. I vissa fall kan fördröjning medföra förlängda vårdtider och extra läkarbesök, vilket också ger ökade kostnader. På grund av kommande pensionsavgångar förväntas även en brist på specialistutbildade sjuksköterskor vilket kan komma att påverka möjligheten att utöka antalet tjänster för kontaktsjuksköterskor.

Baserat på Socialstyrelsens Nationella riktlinjer 2014 för bröst-, prostata-, ändtarms- och tjocktarmscancer om att samtliga med dessa cancerdiagnoser ska erbjudas kontaktsjuksköterska arbetar för närvarande flera regioner i Sverige med området kontaktsjuksköterskor i cancervården. Landstinget Gävleborg har till exempel som en del i sin Cancerstrategi haft en plan för införande av kontaktsjuksköterska. Innan 2014 års slut ska samtliga cancerpatienter som behandlas inom landstinget ha tillgång till kontaktsjuksköterska och i budgeten för 2014 satsade därför Gävleborgs landsting extra pengar till specialistsjukvården, som bland annat skulle gå till kontaktsjuksköterskor.¹² Planen föregicks av en förstudie med kartläggning av befintliga sjuksköterskor i landstinget (32 personer med 8,5-9 heltidstjänster) och identifiering av ett tillkommande resursbehov (2-4 heltidstjänster) för att kunna nå det beslutade målet.^{13,14} Enligt slutrapporten hade i februari 2014 antalet kontaktsjuksköterskor ökat med mer än 2 heltidstjänster i landstinget.¹⁵ Det förefaller som att man utgått från det totala antalet nydiagnostiserade cancerpatienter per år (drygt 1500) i Gävleborg när man beräknat det tillkommande resursbehovet av kontaktsjuksköterskor på 2-4 tjänster. Detta skulle motsvara vår beräkning för Södra sjukvårdsregionen att det totalt skulle krävas ytterligare 50 heltidstjänster för att samtliga nydiagnostiserade cancerpatienter ska få tillgång till kontaktsjuksköterska. Det verkar däremot inte sannolikt att endast cancerincidensen är tillräcklig för att beräkna behovet av kontaktsjuksköterskor eftersom flertalet cancerpatienter har en betydligt längre överlevnad och i många fall en aktiv behandlingstid

på mer än ett år. Å andra sidan kanske inte behovet av kontaktsjuksköterska uppgår till fullt 100 patienter per heltidstjänst för patienter i mindre akuta stadier. Behovet av kontaktsjuksköterska kan vara något högre än 50 ytterligare tjänster om man även beaktar prevalenstal (där cancerdiagnosen inträffat högst 5 år tidigare) och behov under uppföljning efter aktiv behandlingsfas. En mera noggrann kartläggning av både det befintliga antalet och behovet av kontaktsjuksköterskor för att uppnå målnivån bör därför genomföras. Även nuvarande omfattning av MDK är osäker för vissa diagnosgrupper och behöver också kartläggas.

Kostnaderna för att inrätta ytterligare tjänster för kontaktsjuksköterskor beräknas uppgå till cirka 30 miljoner kronor per år om man utgår från att enbart nydiagnostiserade cancerpatienter ska erbjudas kontaktsjuksköterska det första året. Om man även ska erbjuda patienterna kontaktsjuksköterska under kommande år kan ytterligare behov av kontaktsjukskötersketjänster uppkomma. Därtill tillkommer kostnader för eventuell utbildning för kontaktsjuksköterskor. Från intervjuerna framkom även att kontaktsjuksköterskornas arbete kan medföra positiva organisatoriska effekter som till exempel frigörande av resurser för andra personalkategorier, särskilt läkare.

För MDK beräknas kostnaden uppgå till 2,2 miljoner kronor årligen.

Sammanfattningsvis beräknas de ökade kostnaderna vara som störst under den första tiden för att därefter plana ut när de positiva effekterna i sjukvården uppkommer. Därtill kan även andra positiva samhällsekonomiska effekter uppstå om patienter fortare kan återgå till arbete.

7. Slutsatser

Det finns en viss osäkerhet i beräkningarna i rapporten, främst beroende på att informationen om exakt hur många kontaktsjuksköterskor som finns tillgängliga idag i Södra sjukvårdsregionen och hur omfattande deras tjänstgöringsgrad är, till viss del saknas. Det finns inte heller helt tillförlitliga siffror på nuvarande omfattning av MDK, men det finns indikationer på att förekomsten kan vara något högre än vad tillgängliga data visar.

Med beaktande av den osäkerhet i beräkningarna som vi har visat uppskattar vi att behovet av ytterligare kontaktsjuksköterskor uppgår till motsvarande 50 heltidstjänster enbart för att tillgodose behovet för nydiagnostiserade cancerpatienter. För MDK beräknas att ytterligare 2 200 patienter per år skulle behöva få bedömning av teamen.

Inrättande av fler kontaktsjukskötersketjänster kan medföra betydande positiva konsekvenser för sjukvårdens organisation vilket kan innebära att den totala kostnaden blir

lägre än beräknats. Även en utökning av antalet patienter som bedöms vid MDK kan medföra positiva effekter som minskar andra kostnader.

Referenser

1. Regionalt cancercentrum Syd. Delar i en helhet. Regional cancerplan RCC Syd 2015-2018. 2014.
2. Socialstyrelsen. Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. Stöd för styrning och ledning. *Nationella riktlinjer 2014*.
3. Socialstyrelsen. Målnivåer. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014.
4. Socialstyrelsen. *Dödsorsaker 2013 - Causes of Death 2013*. Stockholm: Socialstyrelsen;2014.
5. Statistiska Centralbyrån. Lönestrukturstatistik landstingskommunal sektor 2013. <http://www.scb.se/sv/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Arbetsmarknad/Loner-och-arbetskostnader/Lonestrukturstatistik-landstingskommunal-sektor/7591/7598/2012/28318/>. Accessed 2014-11-14.
6. Regionalt cancercentrum Väst. Utbildning för kontaktsjuksköterskor (30 hp). 2014; http://www.cancercentrum.se/sv/vast/Forskning_utveckling/Utbildningar/Utbildning-for-kontaktsjukskoterskor-30-hp/. Accessed 2014-11-12.
7. Linköpings universitet. Kontaktsjuksköterska i cancervård, 7,5 hp. 2014; <http://www.liu.se/utbildning/kurs/8FA192?l=sv>. Accessed 2014-11-12.
8. Regionalt cancercentrum Sydöst. Ny utbildning för kontaktsjuksköterskor på Hälsouniversitetet, Linköpings universitet. 2014; <http://www.cancercentrum.se/sv/sydot/Aktuellt/Nyhetsarkiv/Ny-kontaktsjukskoterskeutbildning-pa-Halsouniversitetet-Linkopings-Universitet-/>. Accessed 2014-11-12.
9. Regionalt cancercentrum Syd. Ny uppdragsutbildning för kontaktsjuksköterskor i samverkan mellan Landstinget Kronoberg och Linnéuniversitetet. 2014; <https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Regionalt-Cancercentrum/Nyheter-315870/Ny-uppdragsutbildning-for-kontaktsjukskoterskor-i-samverkan-mellan-Landstinget-Kronoberg-och-Linneuniversitetet-/>. Accessed 2014-11-12.
10. Jansson B, Wiren M, Thulesius H. *Granskning av Ledtider i vårdkedjan - uppföljning Granskningsrapport: TJP Analys och Utveckling*;2014.
11. Prades J, Remue E, Van Hoof E, Borrás JM. Is it worth reorganising cancer services on the basis of multidisciplinary teams (MDTs)? A systematic review of the objectives and organisation of MDTs and their impact on patient outcomes. *Health Policy*. 2014;in press.
12. Wikholm C. Många fler kontaktsjuksköterskor behövs i cancervården. 2014-04-30; <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2014/April/Nytt-lofte-till-Gavles-cancerpatienter/>. Accessed 2014-11-19.
13. Landstinget Gävleborg. Projektplan Införande av kontaktsjuksköterska - en del av Cancerstrategi Gävleborg2013.
14. Landstinget Gävleborg. *Rapport förstudie Kontaktsjuksköterska - en del av Cancerstrategi Gävleborg2013*.
15. Landstinget Gävleborg. *Slutrapport Införande av kontaktsjuksköterska - en del av Cancerstrategi Gävleborg2014*.

Appendix 1. Mortalitet i Södra Sjukvårdsregionen 2013

Diagnos	ICD-10	Kronoberg	Blekinge	Skåne	Halland	Totalt antal döda
Bröstcancer	C50	31	22	209	47	309
Bukspottkörtelcancer	C25	33	32	228	49	342
CNS-tumörer	C69-C72, D43	14	8	107	26	155
Endokrina tumörer	C73-C75, D44	1	2	17	1	21
Gallvägscancer	C23-C24	9	5	56	16	86
Hematologiska maligniteter	C90-C96, D45	29	29	194	49	301
Hudcancer	C43-C44	8	13	103	24	148
Huvud- och halscancer	C00-C14, C30-C32, C77	12	12	65	9	98
Levercancer	C22	13	13	80	10	116
Livmodercancer	C54-C55	8	8	41	8	65
Livmoderhalscancer	C53	4	3	17	3	27
Lungcancer	C34	75	52	585	111	823
Lymfom	C81-C86	12	12	87	22	133
Magsäckscancer	C16	13	10	79	23	125
Matstrupscancer	C15	12	13	65	6	96
Njurcancer	C64-C65	15	12	65	14	106
Peniscancer	C60	-	-	-	3	3
Prostatacancer	C61	42	37	295	85	459
Sarkom	C46	-	-	-	-	-
Tarmcancer	C17-C21	55	71	383	119	628
Testikelcancer	C62	-	1	2	-	3
Urinblåsecancer	C67	15	16	99	24	154
Vulvacancer	C51	-	-	7	1	8
Äggstockscancer	C56	11	9	79	26	125
Totalt		412	380	2 863	676	4 331

Källa: Beräkning baserat på statistik från Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen⁴

Appendix 2. Beräknat behov av kontaktsjuksköterskor (KSSK) i Södra sjukvårdsregionen för att uppnå uppsatt målnivå

Diagnosgrupp	Antal nya cancerfall per år	Behov av KSSK för att uppnå 100% täckning enbart för incidens	Antal levande med diagnos högst 5 år tidigare ^a	Eventuellt behov av KSSK för att uppnå täckning för prevalens ^c
Bröstcancer	1 700	17	6 610	66,1
Bukspottkörtelcancer	200	2	196	2
Cancer hos barn och ungdomar	150	1,5	^b	
CNS-tumörer	200	2	966	9,7
Endokrina tumörer	300	3	1 197	12
Gallvägscancer	100	1	102	1
Hematologiska maligniteter	450	4,5	^b	
Hudcancer (malignt melanom)	700	7	2 542	25,4
Huvud- och halscancer	250	2,5	930	9,3
Levercancer	100	1	141	1,4
Livmodercancer	250	2,5	961	9,6
Livmoderhalscancer	100	1	327	3,3
Lungcancer	900	9	1 326	13,3
Lymfom	350	3,5	1303	13
Matstrups- och magsäckscancer	320	3,2	455	4,6
Njuncancer	200	2	826	8,3
Peniscancer	30	0,3	76	0,8
Prostatacancer	2 000	20	8 013	80,1
Sarkom	70	0,7	241	2,4
Tarmcancer	1 600	16	4 310	43,1
Testikelcancer	55	0,5	298	3
Urinblåsecancer	500	5	1 965	19,7
Vulvacancer	30	0,3	122	1,2
Äggstockscancer	150	1,5	399	4
Totalt antal cancerfall och behov av KSSK för att uppnå 100% täckning	10 705	107	33 306	333

^a Observera att det finns patienter med diagnos angiven med hemort i Södra sjukvårdsregionen men som sedan flyttat ut ur regionen och tvärtom, fall som rapporterats i övriga Sverige men som sedan flyttat in i regionen under perioden. ^b Data ej tillgänglig. ^c Sannolikt är behovet av kontaktsjuksköterska betydligt mindre under uppföljning än under behandlingsfasen, varför beräkningen av kostnad för ytterligare kontaktsjukskötersketjänster inte inkluderar antalet prevalenta fall.

Appendix 3. Multidisciplinära terapikonferenser

Diagnosgrupp	Antal nya cancerfall per år	Aktuell omfattning av MDK (%) ^a	Variation (%) ^a	Antal patienter med nuvarande omfattning av MDK	Antal ytterligare patienter för att uppnå målnivå (95%) för MDK
Bröstcancer	1 700	99	88-100	1 683	0
Bukspottkörtelcancer	200	78	8-91	156	34
Cancer hos barn och ungdomar	150	^b			
CNS-tumörer	200	16	16-16 ^c	32	158
Endokrina tumörer	300	^b			
Gallvägscancer	100	76	0-100	76	19
Hematologiska maligniteter	450				
Hudcancer (malignt melanom)	700	16	0-62	112	553
Huvud- och halscancer	250	89	57-97	222	15
Levercancer	100	91	0-100	91	4
Livmodercancer	250	^b			
Livmoderhalscancer ^d	100	12	0-13	12	83
Lungcancer	900	63	14-96	567	288
Lymfom	350	^b			
Matstrups- och magsäckscancer	320	88	21-100	282	22
Njurcancer	200	38	17-100	76	114
Peniscancer	30	100	100-100 ^c	30	0
Prostatacancer	2 000	61	18-100	1 220	680
Sarkom	70	^b			
Tarmcancer (preoperativ, kolorektal) ^e	1 600	93	68-100	1 488	32
Testikelcancer	55	^b			
Urinblåsecancer	500	54	14-94	270	205
Vulvacancer	30	^b			
Äggstockscancer	150	^b			
Totalt	10 705			6 317	2 207

^a För vissa patienter har "uppgift saknas" registrerats. I denna sammanställning har det tolkats som att de inte har bedömts på MDK.

^b Uppgift samlas inte in i kvalitetsregister tillgängliga hos RCC Syd.

^c Endast en klinik/sjukhus eller landsting, ingen variation.

^d För patienter där man angivit "Ej nödvändigt enligt vårdprogram" i kvalitetsregistret har vi antagit att dessa ej bedömts på MDK.

^e Postoperativ, aktuell nivå är 94% med variation 82-99%