

Uppföljning Delprojekt 11 Koloskopi

2023-03-20 Björn Ohlsson (RCC Syd), Birger Pålsson (Kronoberg), Erik Hägerdal (SRVN kansli)

Bakgrund



Antalet koloskopier hos samtliga huvudmän inom Södra sjukvårdsregionen behöver öka pga. nuvarande problem med tillgängligheten och förväntade kommande behov i samband med införande av screening för kolorektal cancer.

På nämndens sammanträde 2018-06-07 beslutade Södra Regionvårdsnämnden att rekommendera huvudmännen att stödja Delprojekt 11 Koloskopiutredning med planering och finansiering av utbildning av skopister och sträva efter en jämlik tillgång på vård för koloskopi. Slutrapporten finns att läsa på Södra sjukvårdsregionens hemsida på [denna länk](#).

En uppföljning gjordes och presenterades för nämnden den 2019-11-22 som meddelade att utbildning på Blekinge Tekniska Högskola (BTH) inom endoskopi skulle starta våren 2020. Uppföljningen finns att läsa på sjukvårdsregionens [hemsida här](#).

Föreliggande uppföljning syftar till att sammanfatta utvecklingen av antalet koloskopier 2016–2022 hos respektive huvudman.

Målsättning med delprojektet

Att ta fram förslag för en kapacitetsökning samt hur kvaliteten på koloskopier kan säkras.

Beslutsprocess i respektive region samt uppföljning



Efter Södra regionvårdsnämndens ställningstagande tar respektive region i egenskap av huvudman för slutenvårdsbehandlingen beslut om hur föreslagna åtgärder ska införas.

Analys

Uppföljningen har genomförts genom datainsamling via enkätutskick och insamling från regionala vårddatabaser. Koloskopiingrepp har definierats som en sammanläggning av KVÅ-koderna UJF32 (Koloskopi Endoskopi av rektum, kolon och angränsande tunntarm med koloskop) och UJF35 (Koloskopi med biopsi). I första skedet presenteras tabeller med insamlad data över vårdtillfällen.

Metod

Enkätutskicket administrerades av Data- och Registercentrum (DARC) i Region Skåne under 2022 med utskick till sjukvårdsregionens offentliga och privata aktörer inom området. Av 17 mottagare responderade 12 på enkäten där samtliga större offentliga mottagningar i respektive region responderade. Enkäten har framförallt syftat till att fånga upp kvalitativa aspekter av verksamheten.

Datainsamling har gjorts med förfrågningar till respektive regional vårddatabas i sjukvårdsregionens fyra regioner. Inkommen data har kvalitetsgranskats vilket bidrog till revision av uppgifter från Kronoberg och Skåne. För Region Skåne ska noteras att registrering av koloskopiingrepp förekommer i tre olika register PASIS, RIS och Privastat, med ömsesidigt uteslutande registreringar mellan registren. Registreringen är avhängig av om vårdgivaren är privat eller offentlig och om vårdtillfället ingår i ramen för regionens hälsoavtal. PASIS registrerar Skånes egna endoskopimottagningar utom SUS Malmö och de privata vårdgivare som genomfört vårdtillfället inom ramen för regionens hälsoavtal. I RIS registreras vårdtillfällen inom koloskopi utförda i SUS Malmö. I Privastat registreras vårdtillfällen hos privata vårdgivare där vården inte bedrivits inom ramen för regionens hälsoavtal. Utifrån att det rör sig om ömsesidigt uteslutande registreringar har i tabellen över antalet vårdtillfällen för varje vårdgivare all data från registren sammanlagts till en totalsumma för hela kliniken.

Möjliga felkällor är en underrapportering av vårdgarantiärenden och att patienter folkbokförda inom Södra sjukvårdsregionen som sökt vård utanför sjukvårdsregionen inte registreras i hemortsregionen.

Antal koloskopier, antal invånare, andel utförda koloskopier, 2016–2021

Vårdgivare	Antal koloskopier		Antal invånare		Andel koloskopier av totalbefolkningen	
	2016	2021	2016	2021	2016	2021
Kronoberg	1 818	2 554	194 628	203 340	0,93%	1,26%
Växjö	1 566	1 939	*	*	*	*
Ljungby	252	615	*	*	*	*
Blekinge	1 636	1 263	158 453	158 937	1,03%	0,79%
Södra Halland	1 500	1 845	134 156	141 511	1,12%	1,3%
Skåne	20 727	27 710	1 324 565	1 402 425	1,56%	1,98%
Offentliga vårdgivare	10 778	12 020				
SUS Lund	901	1 366	*	*	*	*
SUS Malmö	2 347	2 309	*	*	*	*
Helsingborg	1 226	2 021	*	*	*	*
Ängelholm	1 088	1 556	*	*	*	*
Ystad	1 954	1 744	*	*	*	*
Trelleborg	869	818	*	*	*	*
Kristianstad	1 778	2 206	*	*	*	*
Privata vårdgivare	9 949	15 690				
Capio Simrishamn	1	69	*	*	*	*
Capio Eslöv	802	720	*	*	*	*
Carlanderska ²	1	392	*	*	*	*
Gastrocenter Skåne	204	1 172	*	*	*	*
Hansson, Lars	1	255	*	*	*	*
Khan, Saeed ³	567	548	*	*	*	*
Kramer, Conny	864	872	*	*	*	*
Nilsson, Nils-Eric	768	492	*	*	*	*
Ottosson, Johan	758	788	*	*	*	*
Persson, Bo	787	1	*	*	*	*
Sava, Adrian	1	331	*	*	*	*
Specialistläkarna Lund ⁴	5 199	4	*	*	*	*
A. Zaborowski AB ⁴	1	9 407	*	*	*	*
A. Zaborowski enskilt	1	644	*	*	*	*
SSVR	28 113	33 372	1 811 802	1 906 213	1,55%	1,75%
Förändring SSVR 2016–2021	+ 5 259 ingrepp		+94 411 invånare		+12% ökning	

Tabell 1 Antal koloskopier i öppen- och slutenvård i Södra sjukvårdsregionen per vårdgivare och i förhållande till folkmängd 2021. Data från respektive regions regionala vårddatabas. Blekinge omfattar Blekingesjukhuset med verksamhet i Karlskrona och Karlshamn. Södra Halland omfattar kommunerna Halmstad, Hylte och Laholm. Övriga hallandskommuner samverkar primärt med Västra sjukvårdsregionen. För Skåne gäller att data registrerats i tre olika register efter huvudman. * Ej aktuellt att redovisa efter privata vårdgivare och/eller förvaltningsområde

¹Redovisas inte då verksamheten ej var i drift 2016, inte utförde koloskopier vid tidpunkten eller har upphört med utgången av år 2021 ²Vårdgarantiärende registrerat i Skåne, ingrepp utförd utanför regionen. ³Verksamheten har upphört omkring nyåret 2021–2022. ⁴Zaborowski AB har verksamhet på flera mottagningar (Specialistläkarna i Helsingborg, Lund, Malmö). Nuvarande verksamhet inkluderar tidigare Specialistläkarna Lund.

Andelen väntande som är koloskoperade, 2016-november 2022

	Andel väntande koloskoperade inom 60 dygn		Andel väntande koloskoperade inom 90 dygn		Totalsumma antal väntande		91-365 dygn		+365 dygn	
	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022	2016	2022
Kronoberg	63,0%	41,1%	74,9%	46,8%	227	380	55	79	2	123
Växjö	62,1%	86,1%	76,3%	89,6%	177	127	40	15	2	9
Ljungby	66,0%	25,1%	70,0%	33,0%	50	253	15	64	0	114
Blekinge	39,5%	50,6%	51,0%	61,9%	296	258	97	89	48	10
Södra Halland	84,7%	56,3%	95,2%	68,4%	294	475	14	184	0	29
Skåne	70,3%	63,0%	82,6%	75,4%	1 783	1 931	286	463	25	12
SUS	58,3%	57,2%	72,1%	74,2%	767	675	192	167	22	9
Helsingborg	76,1%	65,1%	87,9%	78,0%	297	413	33	88	3	3
Ängelholm	81,6%	69,3%	92,8%	74,5%	125	212	9	54	0	0
Ystad	81,3%	79,8%	95,3%	85,7%	128	84	6	12	0	0
Trelleborg	81,3%	57,2%	88,6%	62,2%	123	222	14	84	0	0
Kristianstad	56,0%	68,3%	76,9%	82,2%	91	325	21	58	0	0

Tabell 2 Väntetidssituationen för offentliga vårdgivare koloskopi i Södra sjukvårdsregionen, november 2022. Uttag för SKR:s SIGNE-databas för väntetider. Mätning av väntetid som antal dagar patienten väntar från beslutad vårdbegäran till dess att första vårdkontakt eller operation/åtgärd sker. 90 dygn är tiden som motsvarar den nationella vårdgarantin, och andelarna motsvarar de patienter i kolumnen "Totalsumma antal väntande" som blir koloskoperade inom 60 till 90 dygn. För Skåne har väntetidsuppgifter för privata vårdgivare inte redovisats.

För väntetidsdata gäller att uppgifter som rapporteras in till SIGNE inte gör skillnad på Prioritering och beskriver således inte om väntetiderna avser från det att beslut togs eller från det medicinska måldatumet. Utifrån inkomna uppgifter finns ingen enhetlig standard inom eller mellan regioner för inrapportering av väntetidsdata. Väntetidsdata har satts efter när respektive region har rapporterat in, inte efter när start av behandling ska ske. Denna osäkerhet innebär att väntetidsdata från SIGNE måste tolkas med försiktighet, då exempelvis patienter som kan ha en behandlingsstart utsatt ett år framåt ingår i samma kohort som de patienter vars start för behandling sattes samma dag som beslut om behandlingsstart togs.

Enkät svar

Totalt har 11 enheter svarat på enkätfrågorna, varav 8 offentliga och 3 privata.

Utbildning och kriterier för självständighet som koloskopist: 2/8 offentliga enheter anger någon form av utbildningssystem. F.n. ingår inte i avtalen med de privata enheterna att de ska utbilda nya skopister. Värdering av självständighet som koloskopist uppges av 3 offentliga (varav en enbart avseende endoskoperande sjuksköterskor), i form av bedömning av ansvarig chef men inga specificerade kriterier. De 3 privata anger att kravet är "senioritet".

Kvalitetskontroll: Intern kvalitetskontroll av enheten i någon form förekommer hos 2 av de offentliga enheterna och hos 1 av de privata samt 1 ytterligare privat anger både intern och extern kontroll. Kvalitetskontroll av den enskilde koloskopisten anges ske hos 2 av de offentliga och 2 av de privata.

Dokumentation: 9 enheter dokumenterar koloskopin i sitt journalsystem, 1 offentlig i röntgenjournalsystemet RIS och 1 offentlig i Endobase (knutet till endoskopifabrikan). Vid 3 enheter användes en strukturerad journalmall.

SveReKKS (nationella kvalitetsregistret): 7 av de offentliga enheterna registrerar samtliga koloskopier (vid deltagande i screeningen är det ett krav att screeningkoloskopierna registreras) och dokumenterar manuellt (pilotförsök med automatisk överföring pågår nationellt).

Sedering: Propofol® ges rutinmässigt eller kan erbjudas vid 8 enheter, varav 1 privat. (Detta ökar patientkomforten och sannolikt undersökningens kvalitet.)

Prioritering görs vid 8 enheter med tidsangivelser och vid 3 med gradering (samtliga med två grader).

Ökning av koloskopivolymen med 25%: Av de svarande uppger 4 enheter sig klara detta (varav 2 offentliga), medan 4 behöver fler assisterande sjuksköterskor och koloskopister, 2 ytterligare lokaler, och 1 privat anger att reviderat avtal krävs.

Screeningens volymökning uppger sig samtliga klara då man har planerat och prioriterat för den men 3 räknar med undanträngningseffekter, 1 har lokalbrist och 1 riskerar brist på högkvalificerade skopister (privat).

Allmänna synpunkter: Pandemiköer skapar påtagliga problem vid 2 enheter. SUS Malmö påtalar att man behöver öka sin samlade kapacitet, med investeringar i teknik, personal och skopister samt utbildning, inte minst för att klara sitt åtagande i SSVR med högspecialiserade koloskopier. Ett par enheter framhåller svårigheterna att få fram tillförlitlig statistik om den egna verksamheten från regionernas databaser. Två kliniker uttrycker oro för bristande kvalitetskontroll internt.

Framtidsutsikter

Koloskopibehov

Som vi framhöll i utredningen 2018 kunde en markant ökning av koloskopibehovet förväntas under 5-årsperioden fram till 2022 i SSVR. Med reservation för osäkerheten uppskattade vi en ökning med 5000 upp till 8000 undersökningar årligen, jämfört med de cirka 27 600 koloskopier som utfördes 2016. Som synes i tabell 1 hade redan 2021 antalet koloskopier ökat till cirka 33 400. Av fler skäl utgår vi från att ökningen fortsätter även de kommande 5 åren.

En koloskopiincidens på 1,5 % nationellt anges ofta som ett riktvärde. Om detta appliceras skulle Region Blekinge öka koloskopiantalet med drygt 1 100 per år, Kronoberg med närmare 500 och södra Halland med cirka 280, dvs totalt cirka 1 900 undersökningar årligen.

Om befolkningsökningen fortsätter i samma takt tillkommer cirka 90 000 invånare i SSVR. Beräknat på 1,5 % undersökningsfrekvens/år medför detta cirka 1 300 ytterligare undersökningar. Screeningen för kolorektal cancer startade i Skåne 2021 och i övriga tre regioner hösten 2022. Fullt utbyggd (Skåne 2025, övriga regioner 2026) genererar denna brutto cirka 2 800 koloskopier årligen. Då vi tog hänsyn till de inledande åren i förra beräkningen, kan det uppskattas att tillskottet blir cirka 2 000 koloskopier.

Rutintestning av operationspreparat från patienter med kolorektal cancer för att identifiera ärftlig kolorektal cancer i form av Lynch syndrom har införts i hela SSVR 2019–2020. Då prevalensen för Lynch syndrom beräknas till cirka 2 per 1000 personer, bör, när testningen har slagit igenom fullt, via släktutredning cirka 3 800 personer ha identifierats i SSVR, varav minst 3 000 fall är nydiagnostiserade. Dessa ska följas med regelbundna koloskopier med 1–2 års intervall och genererar därmed minst 2 000 undersökningar årligen.

Befolkningens ökande medelålder ökar i sig behovet av koloskopier, både för diagnostik och uppföljning, då godartade sjukdomar och tumörer i kolon och rektum ökar markant med stigande ålder. En grov uppskattning är att minst 800 koloskopier tillkommer. Utöver ovannämnda faktorer kan en viss men svårbedömd ökning också ske pga. ökande kontroller av patienter med inflammatorisk tarmsjukdom, ökade möjligheter för terapeutiska koloskopier etc. Volymerna är rimligen inte så stora men terapeutiska koloskopier är tidskrävande och minskar utrymmet för diagnostiska undersökningar.

Sammantaget uppskattar vi således att om 5 år har antalet årliga koloskopier i SSVR ökat med minst 8 000, utöver de närmare 33 400 utförda 2021.

Till detta ska läggas kösituationen, bl.a. den s.k. pandemikön, alltså lägre prioriterade koloskopier som sköts upp under Covid-19-pandemin. Som synes har antalet väntande ökat med 17 % till 3044 patienter 2022, varav 30 % (917 patienter) har väntat > 90 d (dvs längre än vårdgarantin).

Koloskopikapacitet

Ovan beräknade ökning klaras inte inom nuvarande ramar. Tillskott krävs inte bara av koloskopitid utan också assistenter och lokaler samt delvis ny utrustning. För att möta ffa. behovet av fler koloskopier vill vi, liksom i förra undersökningen, framhålla några möjligheter.

Endast ett fåtal läkare endoskoperar på heltid, utan deltar i sin moderkliniks alla övriga verksamheter, inklusive jourer. Om främst gastroenterologer i större utsträckning kan frigöras för endoskopiverksamhet tillförs en del resurser. Dock saknas tillräckligt antal gastroenterologer vid flertalet sjukhus i SSVR (förutom SUS), så nyrekrytering krävs.

Ett förslag vi vill upprepa är också möjligheten till s.k. intraprenad, dvs. att offentliganställda läkare och övrig endoskopipersonal ges möjlighet att utföra koloskopier utanför kontorstid mot extra ersättning, alternativt i egen regi, i regionernas lokaler. Välfungerande försök har gjorts, men har upphört bl.a. pga. olösta avtalsfrågor.

Det mest betydande och långsiktiga tillskottet är dock utbildning av endoskoperande sjuksköterskor. Som resultat bl.a. av vår tidigare utredning startades en uppdragsutbildning finansierad av Södra regionvårdsnämnden vid BTH vårterminen 2021 på halvfart omfattande 60 hp. Av första omgångens netto 17 studenter tillhörde dock enbart 4 stycken SSVR. Arbetsgivarna uppger oftast sjuksköterskebristen som orsak att man inte kan låta fler delta, vilket dock är ett kortsiktigt resonemang. I utbildningsomgången som startade 2022 finns enbart 3 deltagare från SSVR.

I Skåne utförs således 57 % av koloskopierna av privata vårdgivare. Flera av dessa uppger att de med modifierade avtal (utökande av det s.k. tak 2) skulle kunna utföra cirka 200 fler koloskopier/enhet och år. Potentiellt finns för Skåne här ett tillskott på kanske 600 - 800 undersökningar årligen omgående.

Samarbete

Någon större samverkan mellan gastroenheterna eller mellan regionerna har inte skett. I nuläget spelar detta ingen roll, då ingen offentlig enhet har någon nämnvärd ledig kapacitet. Det ska också understrykas, att patientgruppen inte kan skickas några längre sträckor med hänsyn till. Dock borde ett utökat samarbete i varje fall kunna minska andelen patienter som faller utanför vårdgarantin (notera särskilt de 392 patienter som fick remitteras till Göteborg pga. detta), även om den samlade kön inte påverkas nämnvärt. En möjlighet att undersöka vore att sjukhusen i större omfattning bistår varandra med koloskopister och personal.

En förutsättning för ökat samarbete är att enheterna ser varandras kösituation. Viss personlig kontakt förekommer, men något enkelt system att kontinuerligt följa köerna i SSVR har ännu inte skapats. En samordning som bör ske är enheterna använder samma prioriteringsgrunder. Idag använder 3 enheter prioriteringsgrader och övriga 8 enheter prioriterar med tidsintervall. Prioriteringarna betyder alltså inte samma sak i SSVR, vilket också skapar en ojämlig vård.

Samarbetet torde också bli väsentligt för gemensam värdering av ny teknik och hur denna ska introduceras i SSVR. Ett önskemål är också att enheterna kommer överens om var viss specialteknik ska placeras, som t.ex. att s.k. ESD (endoskopisk submukös dissektion) har centraliserats till Malmö.

Som tidigare uppfattar vi i detta perspektiv att en nodorganisation blir väsentlig mellan koloskopienheterna i SSVR, där SUS Malmö fungerar som "centre of excellence", med ett övergripande ansvar för utveckling, specialutbildning och forskning. Detta innebär att teknikutprovning, vetenskapliga studier etc. även engagerar samtliga övriga noder. På så sätt skapas ett fördjupat samarbete och hela befolkningsunderlaget i SSVR användes.

Kvalitet

Kraven på hög kvalitet i koloskopiverksamheten kan inte nog betonas. T.ex. är den vid cancer direkt kopplad till prognosen. 2019 startades det nationella kvalitetsregistret SveReKKS (Svenskt kvalitetsregister för koloskopier och kolorektalcancerscreening). För enheter som deltar i kolorektalcancerscreeningen är registrering obligatorisk, men bör givetvis bli så för all koloskopi och både för offentliga och privata vårdgivare (f.n. registrerar inte de privata koloskopisterna i Skåne). Registret ger möjlighet att kontinuerligt följa kvaliteten både för den enskilde koloskopisten och för hela enheten. SveReKKS är anpassat för automatisk överföring från digitala journalsystem, vilket delvis skulle lösa problemet med att dokumentationen idag i SSVR sker i olika journalsystem, dvs dokumentationen kan inte enkelt läsas mellan regionerna eller enheterna. En ytterligare fördel är att det blir enkelt att skapa en enhetlig digital journalmall med ett minimum av fritext, vilken innehåller alla fastslagna kvalitetsindikatorer. Genom den kontinuerliga kvalitetsregistreringen kan också regionerna följa att erforderlig kvalitet upprätthålls både inom den offentliga och privata koloskopiverksamheten.

Ett ökat samarbete borde innebära att det inom SSVR fastställs likartade system för grundutbildning av koloskopister, liksom gemensamma kriterier för deras självständighet och enheternas kvalitet (internationella riktlinjer finns sedan flera år liksom i Nationellt vårdprogram för screening för tjock- och ändtarmscancer). En metod som har fungerat väl i andra sammanhang är s.k. peer-reviewgranskning, dvs. att professionerna granskar varandras verksamhet. Gemensamma fortbildningsaktiviteter är också ett behov. Det s.k. koloskopinätverket i SSVR startades 2018, men fick dock pausas under pandemin, men bör utvecklas ytterligare.

En kvalitetsaspekt är ökade koloskopiverksamheten, inte minst avseende terapeutiska koloskopier, kommer att kräva ökade möjligheter att ge patienterna smärtlindring och sedering. Idag erbjuds Propofolsedering (vilket rimligen blir standard) hos 8 av 11 enheter. Samtliga kan dock ge andra former av lindring. Propofolsederingen kan förfinas, bland annat genom att patientstyrd administration erbjuds av fler enheter.

Statistikdatabaser

Flera enheter, liksom vi själva, har konstaterat stora svårigheter att få fram tillförlitlig statistik om koloskopiverksamheten. I t.ex. Skåne måste uppgifter hämtas ur tre olika dataregister. Uppgifterna skiljer dessutom från dem som de enskilda koloskopienheterna internt redovisar, utan att någon kan förklara varför. Givetvis måste datasystem skapas och kvalitetskontrolleras som ger tillförlitlig statistik, uppdateras kontinuerligt och är lätt tillgängliga i realtid, så att man t.ex. i tid kan vidta åtgärder vid ökande köbildning.

Priser för åtgärder inom koloskopi

För den offentliga vården inom Södra sjukvårdsregionen finns en avtals- och prislista för prissättningen av åtgärder mellan regionerna som utgör sjukvårdsregionens huvudmän. Avtals- och prislistan bestäms i en överenskommelse som görs varje år efter förhandlingar mellan huvudmännen för Södra sjukvårdsregionen.

Tabell 3 redovisar hur prisutvecklingen för koloskopi (UJF32) och koloskopi med biopsi (UJF35) har sett ut i Södra sjukvårdsregionens avtals- och prislista för åren 2018–2023. Utöver den samhällseliga prisutvecklingen speglar variationen i priser mellan åren kvalitativa faktorer som ändrad volym av operationsverksamhet på gastroenheterna och eventuellt ändrade beräkningar av prisuppgifter som gjorts efter förändrade ersättningsmodeller. För prissättningen av patienter folkbokförda utanför Södra sjukvårdsregionen tillkommer ett ytterligare prispåslag som faktureras hemortsregionen.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
UJF32	8 024	9 995	10 345	10 004	10 274	10 973
UJF35	8 105	10 105	10 579	10 209	10 485	11 198

Tabell 3. Prisuppgifter för koloskopi (UJF32) och koloskopi med biopsi (UJF35) ur Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018–2023

För privata vårdgivare gäller de avtalsersättningar som respektive vårdgivare har tecknat med regionen. Svensk lagstiftning medger en öppen utformning av avtalskonstruktionen vad gäller att reglera ersättning för prisuppgifter och operationsvolym. Ersättningen till vårdgivaren kan variera även för samma ingrepp beroende på om vårdtillfället gäller en åtgärd som ingår inom ett avtal med regionen eller om vårdtillfället gäller ett vårdgarantiärende.

Det har framkommit vid kontakt med flera av de privata vårdgivarna som har ersättning enligt Lagen om Läkarvårdsersättning (LOL) att dessa har ett tak för det antal koloskopiingrepp som ersättning utgår för. Generellt är ersättningen för vårdingrepp hos privata vårdgivare lägre än för motsvarande åtgärd inom offentlig vård. I de exempel arbetsgruppen har tittat på pekar mot en ersättningsnivå för koloskopiingrepp som ligger på omkring 55%-60% av priset för samma åtgärd inom offentlig vård.

En väsentlig förklaring till diskrepansen i pris härrör från de skilda kvalitativa uppdragen som ersättningen utgår för. Prisersättningen till de privata vårdgivarna täcker inte in regionernas åtaganden för utbildningsuppdraget av medicinsk personal, jourlinjer eller krav på registrering av åtgärder i kvalitetsregister. Oberoende av prisberäkningsgrund kan kostnadsläget för den offentliga vården därför att förväntas vara högre.

Rekommendationer

- Koloskopivolymererna kan ökas marginellt men relativt omgående i Skåne genom reviderade avtal med privata aktörer.
- Långsiktig ökning av koloskopiantalet uppnås bäst med utbildning av fler endoskoperande sjuksköterskor (som också utför gastroskopier) vid Blekinge Tekniska Högskola. Regionerna i SSVR måste dock prioritera detta och inte överlåta besluten till den enskilda kliniken, som ofta uppfattar sig ha svårt att frigöra sjuksköterskor för utbildningen pga. bemanningsläget.
- Över tid kan också ett visst volymtillskott fås genom att koloskoperande läkare frikopplas från andra uppgifter på sina kliniker, ffa. avseende gastroenterologer.
- I avvaktan på nationella kriterier bör enhetliga krav på grundutbildning till koloskopist och för självständig verksamhet formuleras gemensamma för SSVR i dialog med Svensk Gastroenterologisk förening.
Även för endoskopienheterna bör gemensamma kvalitetskrav tillämpas, lämpligen enligt vedertagna internationella riktlinjer.
- Verksamheten vid endoskopienheterna kan med fördel kvalitetsgranskas externt förslagsvis vartannat år genom s.k. peer-review-granskning inom SSVR.
- Varje endoskopienhet, både offentliga och privata, skall åläggas årlig redovisning av kvalitet både avseende enheten som helhet och endoskopisterna.
Vid eventuella brister skall enheten samtidigt presentera en åtgärdsplan.
- Kösituationen bör presenteras av enheterna, inklusive de privata, kvartalsvis.
Införandet av ett IT-system som möjliggör redovisning av köläget vid de enskilda enheterna (både offentliga och privata) kontinuerligt bör prioriteras så att endoskopienheterna kan kontakta varandra och efterhöra möjligheterna till stöd.
- Ett ökat samarbete mellan enheterna bör upprättas, framförallt för att värdera om man vid köbildningar kan bistå varandra, t.ex. genom att geografiskt närliggande enheter erbjuder högprioriterade patienter överföring och eventuellt att koloskopister och/eller assistenter (mot höjd ersättning) tillfälligt tjänstgör vid belastad enhet.
- Samtliga enheter, både privata och offentliga, skall omgående åläggas att registrera i det nationella kvalitetsregistret SveReKKS. Respektive regioners och enheters journalsystem skall snarast anpassas för automatisk överföring till registret.
- Ett enhetligt prioriteringssystem bör införas i SSVR, dels för kölistorna skall bli jämförbara, dels för ökad jämlik i vården.
- Mer tillgängliga och korrekta databaser bör skapas, med en per region, över utförda koloskopier och av vilken typ, för att komma ifrån dagens osäkra och svårinhämtade uppgifter.

- Vi förordar att ett s.k. nodsystem införs inkluderande samtliga offentliga endoskopienheter i SSVR, där SUS Malmö utgör centrum i form av ett s.k. "centre of excellence". Organisationen ska bl.a. ansvara för att ny teknik värderas gemensamt och hur många enheter som bör införskaffa densamma (t.ex. koloskopiskt ultraljud och kapselkoloskopi), långsiktig planering av koloskopiverksamheten, fortbildning för endoskopister, att Malmö ansvarar för utbildning i avancerad koloskopi och samordning av forskningsprojekt (där SSVR:s hela patientunderlag kan ingå), utvecklandet av internationella kontakter och utbyte, med mera.
- För att implementera ovanstående förslag föreslår utredningen att bilda en arbetsgrupp med professionsföreträdare inom koloskopi från Södra Sjukvårdsregionen som får arbeta vidare med utredningens förslag. Arbetsgruppen föreslås sortera under ansvarigt Chefsamråd.