

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

Datum/tid: 2014-12-05 kl 08.30-12.00

Plats: Hotel Skansen, Båstad

Ärenden

- 08.30 **1 Justering**
- 2 Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2015** utsändes senare/utdelas
Per Wendel
- 3 Nytt Regionavtal och Arbetsordning** ./.
Rita Jedlert
- 4 Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning** ./.
- 5 Förslag till fördelning av Södra sjukvårdsregionens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete – UFO-anslag 2015** ./.
- 6 Regionalt forskningsstöd – tilldelning Doktorandanslag 2015 respektive Projektanslag 2015 och 2016**
- 7 Aktuell information från Skånes universitetssjukvård/Region Skåne**
Jan Eriksson
- 8 Rapport från Screeningrådet**
Stefan Lamme
- 9 Information om regionala chefssamråd inom Södra sjukvårdsregionen** ./.

- 10 Hälsoekonomisk bedömning av Regional Cancerplan RCC Syd med särskilt fokus på kontaktsjuksköterskan och den multidisciplinära terapikonferensen - Rapport** ./.

Kaffe

- 11 Samverkansmodell för ordnat införande av nya läkemedel i Sverige**

Maria Landgren och Lena Persson, Region Skåne

- 12 Gemensamt journalsystem**

Lars Kristensson, Region Skåne

- 13 Anmälningssärenden (handlingarna finns tillgängliga vid sammanträdet)** ./.

- 1 Regional medicinsk kunskapsgrupp – Njursjukdomar
Minnesanteckningar 2014-09-24
- 2 Regional medicinsk resursgrupp – Allmänmedicin
Minnesanteckningar 2014-10-15
- 3 Regionmöte klinisk kemi
Minnesanteckningar 2014-10-14

- 14 Övrigt**

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2014-12-05**Justering**

Att jämte ordförande justera dagens protokoll utsågs Ingrid Lennerwald,
Region Skåne.

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2014-12-05**Nytt Regionavtal och Arbetsordning**

Södra Regionvårdsnämnden beslöt 2014-06-11 § 19 att ge kansliet i uppdrag att dels vidareutveckla förslag till nytt regionavtal och uppdaterad arbetsordning i enlighet med diskussioner i nämnden, dels utveckla skrivningen om utbildning och kompetensförsörjning samt nämndens arbetsformer.

I ärendet förelåg skrivelse 2014-11-24 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

att överlämna förslag 2014-11-24 till Regionavtal till den tillträdande Södra Regionvårdsnämnden.

Bilagor

Skrivelse 2014-11-24 från Södra Regionvårdsnämnden

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Nytt regionavtal

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att överlämna förslag 2014-11-24 till regionavtal till den tillträdande Södra Regionvårdsnämnden

Bakgrund

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2005-12-20 § 53 att överlämna förslag till regionavtal till landstingen för godkännande. Regionavtalet godkändes av respektive huvudman och gäller sedan 2006-03-01.

Eftersom regionavtalet gällt i åtta år när styrning och ledning av sjukvården har förändrats finns det anledning till en översyn. En komponent i detta är den fria patientrörligheten inom EU och konsekvenserna av den nya patientlagen.

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2014-06-11 § 19 att:

- ge kansliet i uppdrag att vidareutveckla förslag till nytt regionavtal och uppdaterad arbetsordning för Södra Regionvårdsnämnden i enlighet med diskussioner i nämnden,
- utveckla skrivningen om utbildning och kompetensförsörjning samt nämndens arbetsformer.

Förslag 2014-11-24 till nytt regionavtal har reviderats i enlighet med Södra Regionvårdsnämndens beslut. Texter som förändrats i innebörd sedan beslutet i juni har markerats med gult.



Rita Jedlert
Direktör

2014-11-24

Nytt Regionavtal

§ 1 AVTAL

Detta avtal reglerar samverkan inom främst hälso- och sjukvården mellan de fyra landstingen (nedan kallat Sjukvårdshuvudmännen) i Södra sjukvårdsregionen (nedan kallat Regionen) dvs

- Landstinget Blekinge
- Region Halland
- Region Kronoberg
- Region Skåne

För samverkan mellan Sjukvårdshuvudmännen, utöver vad som regleras i detta avtal, tillämpas riktlinjer i "Riksavtal för hälso- och sjukvård".

§ 2 NÄMND

För samverkan mellan Sjukvårdshuvudmännen enligt detta avtal finns en särskild nämnd - Södra Regionvårdsnämnden.

Nämndens verksamhet regleras i en särskild Arbetsordning som biläggs detta avtal.

§ 3 GRUNDLÄGGANDE INTRESSEGEMENSKAP

Huvudmännen inom Regionen vinner samtliga på ett utvecklat samarbete. Samarbete och profilering mellan olika nivåer inom sjukvården ger bättre vård och attraktivare arbetsplatser. Detta tar sig uttryck i gemensam planering av vården och gemensamma planer för rekrytering och bemanning.

Huvudmännen skall arbeta för att finna gemensamma lösningar för att följa upp verksamheten, dess tillgänglighet och kvalitet.

Regioninvånarnas behov av tillgänglig vård av hög kvalitet skall så långt möjligt tillgodoses inom Regionen. Gemensamt skall det främjas och bidra till hälsan och utvecklingen av hälso- och sjukvård inom Regionen.

§ 4 MÅL OCH PRINCIPER

Sjukvårdshuvudmännen i Regionen samverkar för att kunna uppnå högsta möjliga kvalitet, tillgänglighet och valfrihet inom hälso- och sjukvården liksom att sträva efter att tillvarata och utveckla gemensamma intressen och att effektivt utnyttja resurserna inom hela Regionen.

Samarbetet ska främja hälsan hos invånarna i Regionen och patienternas bästa skall vara i centrum. Vården skall vara tillgänglig, säker och likvärdig och den skall vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig.

Gemensamma intressen kan vara forskning, utbildning, kompetens- och annan utveckling mm inom såväl det direkt patientinriktade som det administrativa området.

Den hälso- och sjukvård, oftast högspecialiserad vård (benämns nedan *regionvård*) som berör flera landsting i Regionen är en gemensam regional angelägenhet. Inom Regionen värnas om universitetssjukhuset och andra enheter som utgör centra för regionvård, klinisk forskning, utbildning och utveckling.

Det är en gemensam regional angelägenhet att bedriva landstingsfinansierad klinisk forskning, utveckling och utbildning till stöd för hälso- och sjukvården i Regionen.

Samarbete inom Regionen skall gå före samarbete med andra huvudmän. Inom Regionen samverkas i alla frågor i övrigt inom hälso- och sjukvårdens område där Regionen samlat kan uppnå gemensamma fördelar även om beslut formellt fattas enbart inom något eller några av de fyra landstingen.

§ 5 REGIONVÅRD

Sjukvårdshuvudmännen i Regionen samverkar kring och utnyttjar gemensamt resurser för regionvård. Det är ett åtagande för Sjukvårdshuvudmännen att tillhandahålla högspecialiserad vård på Skånes universitetssjukhus och på övriga sjukhus enligt specifikation i regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen med hög kvalitet inom rimlig tid, vårdgaranti/motsvarande. Sjukvårdshuvudmännen har ett åtagande att i första hand köpa högspecialiserad vård på Skånes universitetssjukhus och på övriga sjukhus enligt specifikation i regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen.

För utveckling och genomförande av regionvård ska Södra Regionvårdsnämnden:

- vara delaktig i utvecklingen av regionvården och annan verksamhet inom hälso- och sjukvården som är av regionalt intresse i Regionen och vid etablering av högspecialiserad vård utanför Skånes universitetssjukhus,
- kontinuerligt ta ställning till och/eller informeras om gemensamma prioriteringar och riktlinjer om medicinska program, medicinska teknologier, tillgänglighet mm,
- behandla och samråda om sådana förslag till investeringar och dimensioneringar i den samlade hälso- och sjukvården som i nämnvärd grad påverkar dimensionering och ekonomiska överenskommelser för gemensam regionvård,
- bekräfta pris- och ersättningssystem samt ersättningar mellan Sjukvårdshuvudmännen för regionvård, riktlinjer för utnyttjande av

riksvård/regionvård utanför Regionen och övrig samverkan enligt detta avtal,

- samverka med Sjukvårdshuvudmännen i frågor som rör uppföljning och analys av verksamheten samt utveckling av vårdens kvalitet och effektivitet. Vården skall präglas av kvalitet och service. Regionsjukvården ska redovisa utveckling av system och rutiner för uppföljning av patientsäkerhet och patienttillfredsställelse. Redovisning till Sjukvårdshuvudmännen av medicinska resultat i regionala eller nationella kvalitetsregister skall ske vid uppföljningsmöte.
- besluta om regional utvärdering och medicinsk revision av verksamheter inom hälso- och sjukvården samt specialisttandvården i Regionen.

Uppföljning av verksamhet och kostnader relaterade till övriga huvudmän skall löpande redovisas.

§ 6 PATIENTRÖRLIGHET

Patientrörligheten vad gäller öppen vård regleras i Patientlagen. Enligt denna kan patienten välja offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. En patient kan välja utförare, antingen en offentlig eller en privat som har avtal (enligt LOU eller LOV) med landstinget eller som är verksamma enligt lagen om läkarvårdsersättning eller lagen om ersättning för fysioterapi. Landstingens skyldighet att erbjuda öppen vård gäller patienter från alla landsting där prioriteringen skall utgå från medicinska behov.

Patienter från Sjukvårdshuvudmännen i Regionen kan valfritt söka slutenvård inom dessa landstings länssjukvård, närsjukvård (där denna benämning används) och specialisttandvård i Södra sjukvårdsregionen oavsett om verksamheten sker i offentlig regi eller i privat regi med offentlig finansiering.

Klarlägganden kring det fria vårdsökandet ska årligen sammanställas i ett för Regionen gemensamt regelverk som ska biläggas det likaså årliga dokumentet om regionala priser och ersättningar för hälso- och sjukvård inom Regionen. Inom Regionen eftersträvas en öppen kvalitetsredovisning.

§ 7 KLINISK FORSKNING OCH UTVECKLING

Sjukvårdshuvudmännen i Regionen ska samverka inom området klinisk forskning och utveckling för att bibehålla och ytterligare stärka sin position som en intressant region där den kliniska forskningen och utvecklingen ligger i framkant.

Samverkan ska ske genom att:

- Södra Regionvårdsnämnden löpande erhåller information om för Sjukvårdshuvudmännen relevant forskning och utveckling som sker vid

universitet, högskolor och landsting i Regionen.

- Sjukvårdshuvudmännen i nära samverkan bygger upp nätverk och strukturer för gemensamt arbete med regionala och nationella satsningar som t ex svensk behandlingsforskning, kliniska prövningar, utvärdering av teknologier i vården, införande av nya metoder, gemensamma forskningsmedel mm.
- Sjukvårdshuvudmännen gemensamt utvecklar stöd och service av vikt för den kliniska forskningen inom Regionen.
- Sjukvårdshuvudmännen informerar om och samarbetar med de enheter som finns som stöd för klinisk forskning och utveckling.

§ 8 UTBILDNING OCH KOMPETENSFÖRSÖRJNING

Sjukvårdshuvudmännen i Regionen samverkar för kunskaps- och kompetensutveckling inom hälso- och sjukvården samt specialisttandvården.

Sjukvårdshuvudmännen i Regionen samverkar vid:

- Utbildningar där gemensamma lösningar gynnar Regionen
- Kompetensförsörjningsfrågor som i sin tur hänger samman med vårdens långsiktiga planering.
- Diskussioner med högskola och universitet rörande bl a utbildningsplatser.
- Kontakter med nationella instanser i utbildnings- och kompetensförsörjningsfrågor.

Södra Regionvårdsnämnden informeras löpande om och i förekommande fall tar ställning till vilka gemensamma regionala utbildningar av personal inom hälso- och sjukvården i Regionen som pågår eller planeras starta.

§ 9 MEDICINSK SAMVERKAN GENOM KUNSKAPSSTYRNING

Södra sjukvårdsregionen skall ha en organisation för kunskapsstyrning. Syftet är att den ska medverka till att de medicinska resultaten skall få en större betydelse i ledning, styrning och uppföljning av vårdens prestationer och ge stöd och möjlighet till utvecklingen av en säker, god och likvärdig vård i hela Regionen.

Kunskapsstyrning som begrepp är inte tydligt definierat och uppfattningen om vad begreppet står för och omfattar varierar. Den del av kunskapsstyrningen som här avses gäller

- Införandet av ny kunskap och nya metoder på ett ordnat sätt i offentligt finansierad hälso- och sjukvård och därmed även uttränga gamla metoder
- Bidra till jämlik och likvärdig vård inom Regionen

- Använda relevanta register för kvalitetsuppföljning och utveckling
- Stödja utvecklingen av gemensamma vårdprocesser
- Stödja hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser

§ 10 EKONOMISK REGLERING

Som regel används självkostnadsprincipen vid ersättningar mellan Sjukvårdshuvudmännen inom Regionen. Skäligheten beslutas från fall till fall och för varje år av Sjukvårdshuvudmännens utsedda förhandlare och bekräftas av Södra Regionvårdsnämnden. Ersättningsprinciperna skall främja samarbete och effektivitet i hela Regionen.

Samverkan inom det ekonomiska området ska utgå från ett ömsesidigt förtroende mellan Sjukvårdshuvudmännen och utvecklas genom öppenhet och insyn. Pris- och ersättningssystemet ska gemensamt och successivt utvecklas där långsiktighet eftersträvas och att kostnader och intäkter ska kunna beräknas för alla parter.

Principerna för den ekonomiska regleringen och priser och ersättningar för Regionen tas årligen fram av avtalsgruppen och fastställs av Södra Regionvårdsnämnden.

§ 11 LÄKARKONSULTER

Regionsjukvården ska så långt möjligt kunna tillhandahålla specialistläkarkonsulter till regionen. Detta underlättar sammanhållna vårdkedjor, kompetensutveckling och samarbete.

§ 12 REMISS

För behov av sluten regionvård, inom högspecialiserad vård och viss vård och behandling inom Psykiatrin, samt medicinsk service krävs remiss.

Respektive Landsting fastställer vilka befattningshavare som har rätt att utfärda remiss.

Dessa uppgifter liksom övrigt regelverk kring remisser ska ingå i det årliga dokumentet om regionala priser och ersättningar för hälso- och sjukvård samt specialisttandvård inom Regionen.

§ 13 BETALNINGSSKYLDIGHET

För samverkan enligt detta avtal har Sjukvårdshuvudmännen betalningsskyldighet. Uppgifter om ersättningsnivåer, fasta och rörliga ersättningar mm ska framgå av det

Årliga dokumentet om regionala priser och ersättningar för hälso- och sjukvård inom Regionen.

§ 14 AVTALSTID

Detta avtal gäller fr o m 2015-03-01 och tills vidare.

Avtalet ersätter "Regionavtal för södra sjukvårdsregionen", 2006-03-01.

Efter uppsägning upphör avtalet att gälla tre år räknat efter närmast följande kalenderårsskifte.

§ 15 ÄNDRING AV AVTAL

Ändring av detta avtal under avtalsperioden kan ske om samtliga landsting är överens.

UTKAST

ARBETSORDNING FÖR SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

§ 1 NÄMND

Sjukvårdshuvudmännen i Södra sjukvårdsregionen samverkar enligt Regionavtalet som gäller fr o m 2015-03-01.

För samverkan mellan Sjukvårdshuvudmännen enligt regionavtalet finns en särskild nämnd - Södra Regionvårdsnämnden.

Nämnden är ett politiskt samarbetsorgan med beslutande, rådgivande och rekommenderande funktioner.

§ 2 UPPGIFTER

Nämndens huvudsakliga uppgifter är att handha, initiera, utveckla och följa upp samverkan som regleras i regionavtalet.

§ 3 SAMMANSÄTTNING

Nämnden ska ha tolv ledamöter och tolv ersättare.

Landstinget Blekinge, Region Halland och Region Kronoberg utser vardera två ledamöter och två ersättare. Region Skåne utser sex ledamöter och sex ersättare.

Ledamöter och ersättare utses för fyra år fr o m 1 januari året efter det år allmänna landstings- och kommunalval hållits.

Nämndens verkställande tjänsteman ska delta i nämndens sammanträden.

Varje landsting representeras av **hälso- och sjukvårdsdirektör** som ska delta vid nämndens sammanträden. Därutöver **ska chefen** för Skånes universitetssjukvård delta.

Nämnden kan kalla annan tjänsteman eller sakkunnig att delta i nämndens överläggningar.

§ 4 PRESIDIUM

Nämnden utser bland de ordinarie ledamöterna en ordförande, en förste vice ordförande och en andre vice ordförande att tjänstgöra den tid för vilken de blivit valda som ledamöter. Dessa utgör nämndens presidium tillsammans med två ytterligare ledamöter.

Till presidiet utses fem ledamöter varav två ledamöter från Region Skånes ledamöter och en ledamot från vardera Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge från deras ledamöter.

Presidiet har det politiska ansvaret för beredning av ärenden till nämnden. **Presidiet sammanträder därutöver mellan nämndssammanträden för att öka samverkan mellan Sjukvårdshuvudmännen.**

Minst en gång per år skall de politiska landstingsledningarna och Region-/Landstingsdirektörer kallas till möte med presidieberedningen för ömsesidigt informationsutbyte.

Nämnden kan vid behov tillsätta ytterligare berednings- och informationsgrupper.

§ 5 BESLUT

Nämnden kan besluta i ärenden för regional samverkan som regleras i regionavtalet.

Nämnden förutsätts genomföra en så grundlig och omfattande beredning av ärenden att beslut alltid kan fattas i enighet mellan Sjukvårdshuvudmännen.

I övrigt kan nämnden besluta om rekommendationer till Sjukvårdshuvudmännen.

Beträffande regler för fattande av beslut gäller i tillämpliga delar kommunallagen.

§ 6 SAMMANTRÄDE

Nämnden fastställer sammanträdesplan för varje år. Därutöver kan extra sammanträde hållas om ordförande finner det nödvändigt eller efter framställning från minst två övriga ledamöter i nämnden.

Skriftlig kallelse ska i god tid, normalt minst en vecka, före varje sammanträde sändas ut till nämndens ledamöter och ersättare samt till tjänstemän som ska närvara vid nämndens sammanträde.

Ledamot som är förhindrad att delta ska snarast underrätta nämndens kansli. En ersättare ska kallas att tjänstgöra i denna ledamots ställe.

Ersättare som ej tjänstgör i ledamots ställe har rätt att delta i överläggningarna och få sin mening antecknad i protokollet.

Nämndens verkställande tjänsteman har rätt att delta i överläggningarna.

Nämnden utser för varje sammanträde en ledamot eller tjänstgörande ersättare att jämte ordföranden justera nämndens protokoll.

Fullständiga protokoll ska tillställas nämndens ledamöter och Sjukvårdshuvudmännen i Regionen.

§ 7 BEREDNING

För beredning av ärenden, verkställande av beslut och förvaltningsuppdrag i övrigt ska en verkställande tjänsteman, tillika chef för nämndens kansli, utses av nämnden.

Ärenden till nämnden bereds av en tjänstemannagrupp, **nedan kallad ledningsgruppen**, som leds av chefen för nämndens kansli. I ledningsgruppen deltar representanter, **hälso- och sjukvårdsdirektörer**, för Sjukvårdshuvudmännen i Regionen. **Därutöver ska chefen för Skånes universitetssjukvård delta.**

Ledningsgruppen utser vid behov styrelser och regionala grupper som rapporterar till ledningsgruppen. Existerande regionala tjänstemannagrupper och styrelser som ingår i Södra Regionvårdsnämndens ansvarsområde skall samordnas via ledningsgruppen.

Ledningsgruppen bereder ärenden och har möten innan presidieberedningens sammanträden.

Sjukvårdshuvudmännen i Södra sjukvårdsregionen ska medverka med erforderliga uppgifter och underlag för beredning av ärenden till nämnden och samverka enligt regionavtalet.

§ 8 KANSLI

Nämnden har till sitt förfogande ett från de berörda Sjukvårdshuvudmännen organisatoriskt fristående kansli. Chefen för nämndens kansli är organisatoriskt direkt underställd nämndens ordförande.

Nämnden fastställer de kansliresurser som krävs för fullgörande av nämndens uppgifter. För den personal som är anställd vid nämndens kansli fullgör Region Skåne de skyldigheter som enligt lagar och avtal ankommer på arbetsgivare.

Kansliet ska bl a

- svara för den formella hanteringen av nämndens ärenden,
- ge administrativ service till nämndens olika politiska organ och beredningsgrupper,
- ansvara för genomförandet av utrednings-, utvecklings- och uppföljningsprojekt.

§ 9 KOSTNADER

Nämnden utbetalar arvoden till de ledamöter och ersättare som deltar vid nämndens sammanträden. För övrigt bär varje landsting sina kostnader för respektive ledamöters, ersättares och tjänstemäns deltagande i sammanträden och beredningar.

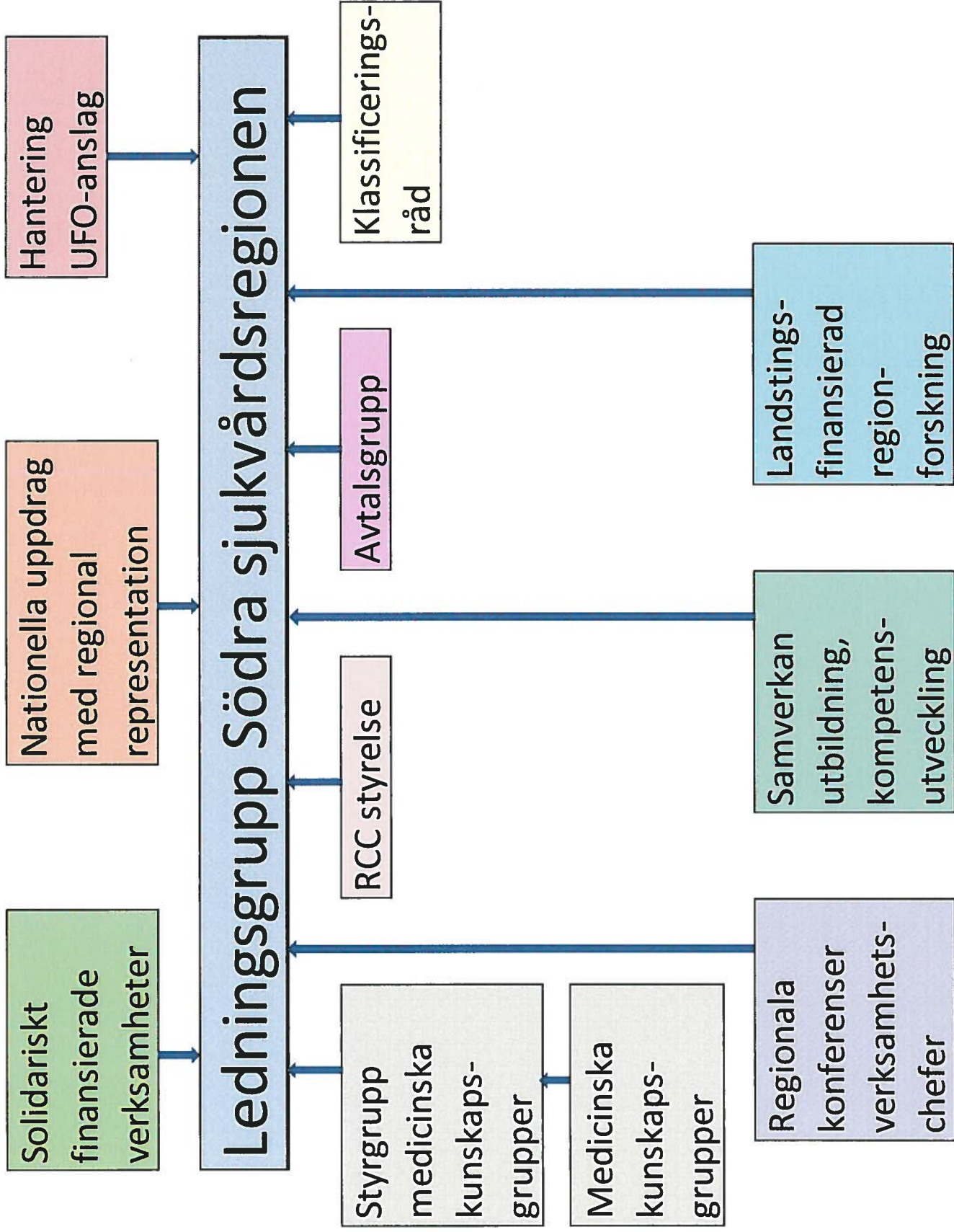
Kostnaderna för nämndens kansli och verksamhet i övrigt fördelas mellan parterna i förhållande till folkmängden i respektive landsting vid ingången av året före verksamhetsåret.

Nämndens verksamhet finansieras genom anslag från Sjukvårdshuvudmännen och fastställs för en period om fyra år.

§ 10 REVISION

Sjukvårdshuvudmännen i Södra sjukvårdsregionen utser efter inbördes överenskommelse två revisorer och två ersättare för granskning av nämndens förvaltning och räkenskaper.

UTKAST



SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2014-12-05**Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning**

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2009-03-27 § 2 de nu gällande reglerna vid offentligt finansierad assisterad befruktning. Assisterad befruktning är ett område i snabb utveckling med nya medicinska möjligheter. Detta väcker många juridiska och etiska frågeställningar.

Från den första januari 2015 gäller Patientlagen som ger patienter möjlighet att fritt söka öppenvård i hela landet vilket innebär att allt fler öppenvårdsbehandlingar kommer att förutsätta gemensamma nationella riktlinjer.

I ärendet förelåg skrivelse 2014-12-01 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

att föreslå Region Halland, Region Skåne, Landstinget Blekinge och Landstinget Kronoberg att tillämpa och följa den av Sveriges Kommuner och Landstings förslagna rekommendation vid erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning,

att den nya rekommendationen gäller från den 1 januari 2015.

Bilagor

Skrivelse 2014-12-01, Södra Regionvårdsnämndens kansli

2014-12-01

Till
Södra Regionvårdsnämnden**Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning****Södra Regionvårdsnämnden beslutar**

1. Att föreslå Region Halland, Region Skåne, Landstinget Blekinge och Landstinget Kronoberg att tillämpa och följa den av Sveriges Kommuner och Landstings förslagna rekommendation vid erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning
2. Att den nya rekommendationen gäller från den 1 januari 2015

Bakgrund

Södra regionvårdsnämnden beslutade 2009-03-27 § 2 de nu gällande reglerna vid offentligt finansierad assisterad befruktning. Assisterad befruktning är ett område i snabb utveckling med nya medicinska möjligheter. Detta väcker många juridiska och etiska frågeställningar.

Från den första januari 2015 gäller Patientlagen som ger patienter möjlighet att fritt söka öppenvård i hela landet vilket innebär att allt fler öppenvårdsbehandlingar kommer att förutsätta gemensamma nationella riktlinjer.

Det som framförallt är skillnader mot nuvarande regler är bland annat ändrad ålder. Nu gäller för kvinnor att de inte har fyllt 39 år och mannen inte har fyllt 55 år vid behandlingens början. I förslaget ska behandling påbörjas innan kvinnan fyllt 40 år och den ska *startas innan* make/maka, registrerade partners eller sambons 56 års dag.

Vi har nu krav på att paret ska vara bosatta inom regionen och varit folkbokförda på samma adress i Sverige sedan minst 2 år. Om kvinnan har fyllt 36 år eller mannen 53 år gäller folkbokföring på samma adress sedan minst 1 år. Det finns inget sådant i det nya förslaget.

Enligt nuvarande regler så hänvisas ett par där båda har barn i tidigare förhållanden till privat IVF kliniken. Om enbart den ena parten har tidigare barn så följs riktlinjerna helt.

Efter samråd i den nationella vävnadsgruppen föreslås par som inte har gemensamma barn, att få samma rätt till assisterad befruktning som barnlösa.

Oförändrat i de nya rekommendationerna

Syskonbehandling ingår inte i det offentliga åtagandet – oförändrat, jfr tidigare riktlinjer.

Sterilisering - oförändrat

Båda i paret ska ha fyllt 20 år när infertilitetsutredning startas – oförändrat.

Ingendera i paret röker – nytt i dokumentet (men har sedan tidigare varit RMC:s praxis).

Rita Jedlert
Direktör



Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Ulrika Vestin

Landstingsstyrelserna/regionstyrelserna

Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning

Dnr 12/0877

Förbundsstyrelsens beslut

Styrelsen för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har vid sammanträde den 14 november 2014 beslutat

att i skrivelse till landstingen och regionerna rekommendera dem att följa och tillämpa rekommendationen om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad befruktning

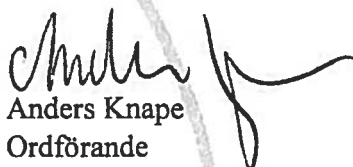
Bakgrund

På uppdrag av SKLs sjukvårdsdelegation inledde Sveriges Kommuner och Landsting 2012 ett arbete med en utvidgad kartläggning av området assisterad befruktning. Uppdraget resulterade i rapporten *Assisterad befruktning kartläggning och landstingens erbjudanden november 2012*. Rapporten i sin tur ledde till att sjukvårdsdelegationen gav SKLs nationella Vävnadsråd i uppdrag att undersöka vidare kring vissa frågeställningar.

Vävnadsrådets rapport, *Assisterad befruktning. Uppföljningsrapport med definitioner och utvecklingsområden maj 2014*, skickades ut på remiss under sommaren 2014. Resultatet av det tidigare arbetet tillsammans med synpunkterna från remissinstanserna ligger till grund för rekommendationen. De rekommendationer som föreslås ligger i linje med de förslag som remitterades till landstingen och regionerna. Ett förtydligande tillägg har gjorts, enligt önskemål från remissinstanserna, kring hanteringen av obefruktade frysta ägg. Samtliga landsting och regioner som inkommit med svar (20 stycken) är positiva till en harmonisering.

Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning redovisas i **bilaga 1**.

Sveriges Kommuner och Landsting


Anders Knape
Ordförande

2014-11-14

Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Ulrika Vestin

Landstingsstyrelserna samt regionstyrelserna
i Halland, Gotland, Skåne och Västra
Götaland

Rekommendation om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning

Syfte med rekommendation

Syftet med denna rekommendation är att åstadkomma en kunskapsbaserad och jämlik vård. Detta genom att få enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande till de patienter som genomgår behandling inom det offentliga åtagandet för assisterad befruktning. Rekommendationen definierar vissa centrala begrepp, anger vissa grundläggande kriterier för genomförande, anger övre åldersgränser samt antalet behandlingar som ska ingå i det offentliga åtagandet.

Följande rekommenderas landstingen

Nedan följer de definitioner, kriterier inför genomförande, vårdavgifter för patienter, övre åldersgränser och antal behandlingar som rekommendationen innehåller.

Definitioner

- Start av assisterad befruktning med ägguttag definieras som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner
- Start av behandling med återförande av frysbevarade befruktade och delade ägg (embryon) definieras som upptining av embryon oavsett om de kan återföras
- Start av behandling med återförande av frysbevarade obefruktade ägg definieras som upptining av ägg för befruktning

Kriterier inför genomförande

- Landstingsfinansierad assisterad befruktning erbjuds till par utan gemensamma eller adopterade barn.
- Vårdgarantin är tillämplig för offentligt finansierad assisterad befruktning. Det innebär att utredningsfasen av ofrivilligt barnlösa ska *påbörjas* inom 3 månader från första kontakt. Om en behandling är beroende av t.ex. donation av ägg eller spermier startar vårdgarantins tidsgränser när dessa finns på plats.

Vårdavgift för patienten

Vårdavgift för patienten i samband med assisterad befruktning fastställs av landstingen i enlighet med § 26 och § 26a i Hälso- och sjukvårdslagen.

Övre åldersgränser

När det gäller övre åldersgräns för genomförande av behandling är rekommendationen uppdelad i två delar.

Den första delen avser den behandlade kvinnan där följande gäller:

- IVF-behandling¹
- Intrauterin insemination² (med partners eller donators spermier dvs AIH respektive AID³)
- Behandling med äggdonation
- fertilitetsbevarande åtgärder⁴

ska *startas innan* kvinnans 40 års dag, eventuella kvarstående frysta embryon kan återföras till fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Den andra delen avser make/maka, registrerade partnern eller sambons ålder när den behandlade kvinnan genomför:

- IVF-behandling
- Intrauterin insemination (med partners eller donators spermier dvs AIH respektive AID)

att den ska *startas innan* make/maka, registrerade partnerns eller sambons 56 års dag.

- Samma ålder gäller även vid fertilitetsbevarande åtgärder för män

¹ In vitro-fertilisering (IVF) eller provrörbefruktning är en fertilitetsmetod där kvinnans ägg befruktas av mannens spermier utanför kvinnans kropp (in vitro), istället för i äggledarna, som efter samlag eller insemination

² Injektion av spermier i livmoder via en kateter

³ AIH=Artificial insemination husband, AID= artificial insemination donor

⁴ Med fertilitetsbevarande åtgärder avses framför allt frysning av spermier, samt hormonstimulering, äggutplockning och frysning av ägg i samband med behandling som kan ge framtida fertilitetsnedsättning (kemoterapi, strålning). Även frysning av äggstocks- och testikelvävnad avses.

Antal behandlingar

- Tre IVF-behandlingar med ägguttag kan genomföras om det är medicinskt motiverat. Om ägguttag leder till att alla ägg fryses obefruktade, bör motsvarande behandling med upptining och befruktning av dessa ägg erbjudas.
- Sex behandlingar med intrauterin insemination (spermiedonation, AID), alternativt kan en kombination av AID och IVF med donerade spermier IVF-D erbjudas
- Om IVF-behandling resulterar i embryon av god kvalitet kan dessa frysförvaras.
- I första hand ska samtliga frysförvarade embryon återföras innan ny behandling med follikelstimulerande hormoner påbörjas

Området utvecklas – medicinskt och juridiskt

Assisterad befruktning är ett område där de medicinska möjligheterna hela tiden utvecklas, vilket väcker många etiska och juridiska frågor. Den 19 juni 2013 beslutade regeringen att tillsätta en statlig utredning⁵ vars uppdrag är att utreda utökade möjligheter till behandling av ofrivilligt barnlösa. Utredningen presenterade i juni 2014 ett delbetänkande som föreslår att det blir möjligt för ensamstående att genomgå assisterad befruktning. Senast den 24 juni 2015 ska utredningen presentera sina övriga uppdrag som bl.a. innebär att ta ställning till om surrogatmoderskap ska tillåtas i Sverige samt ta ställning till embryodonation.

Förtydligande

Assisterad befruktning - definition

I Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2009:32) definieras assisterad befruktning som åtgärd som syftar till att på medicinsk väg befrukta ägg med spermier i eller utanför en kvinnas kropp. I föreskrifterna (kap 4) anges också under vilka förutsättningar som assisterad befruktning får genomföras.

Utredning och behandling - en process

Lesbiska eller heterosexuella par som har svårt att få barn kan söka hjälp hos sjukvården för utredning av ofrivillig barnlöshet. Om paret försökt bli med barn under ett års tid utan att det blivit någon graviditet kan de få hjälp med utredning och behandling i hälso- och sjukvården. Om det är känt att det finns medicinska orsaker till barnlösheten behöver paret inte vänta i ett år för utredning. Utredningen görs på en gynekologisk mottagning, en kvinnoklinik på ett sjukhus eller en privat fertilitetsklinik. Utredningen kring assisterad befruktning ska omfatta en undersökning

⁵ Utökade möjligheter till behandling av ofrivillig barnlöshet dir 2013:70

för att bedöma om paret har rimliga möjligheter att få barn på naturlig väg och om de har medicinska förutsättningar för att bli gravida.⁶ Efter utredningen avgörs individuellt för varje par vilken behandling sjukvården erbjuder, och beror på vilken eller vilka orsaker som hittats till barnlösheten. Assisterad befruktning är en av dessa åtgärder.

Särskild prövning vid donerade könsceller- kan överprövas av Socialstyrelsen

I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:32 Kap 4, 11 §) framgår att om könsceller kommer från tredje part ska läkaren genomföra en särskild prövning. I bestämmelserna framgår att vid assisterad befruktning med donerade ägg eller spermier bör maken, registrerade partnern eller sambon vid genomförandet inte vara äldre än att han eller hon bedöms fullt ut kunna ta sitt föräldraansvar under ett barns hela uppväxt. Den särskilda prövningen ska ta hänsyn till parets medicinska, psykologiska och sociala förhållanden.

Vidare framgår det att assisterad befruktning i dessa fall endast får utföras, om det kan antas att det blivande barnet kommer att växa upp under goda förhållanden. Det framgår också i föreskriften (SOSFS 2009:32 kap 4 13 §) att om assisterad befruktning inte medges med anledning av den särskilda prövningen ska läkaren informera om skälen för detta. Läkaren ska också informera om möjligheten att begära att Socialstyrelsen prövar frågan.

Rekommendationen anger ingen undre åldersgräns

Det har framförts önskemål om att även införa en undre åldersgräns för att genomgå offentligt finansierad behandling för assisterad befruktning. SKL anser att det är angeläget att tydliggöra att den inledande undersökningen innebär en bedömning av om paret har rimliga möjligheter att få barn på naturlig väg och om de har de medicinska förutsättningarna att bli gravida.

När det gäller åldersgränser vid adoption framgår i 4 kap. 1 § i föräldrabalken att den som vill adoptera som huvudregel ska ha fyllt 25 år. Den som fyllt 18 kan i vissa fall få adoptera om det gäller eget barn, makes barn eller makes adoptivbarn eller om det annars finns synnerliga skäl. FNs konvention om barnets rättigheter ger i sin tur stöd för att vid familjebildning rekommenderas att båda personerna är över 18 år. Där framgår vidare att familjeplanering är viktig för att förebygga både oönskade och tidiga graviditeter och för att skydda unga kvinnors hälsa.

SKLs rekommendation anger ingen undre åldersgräns för genomförande av assisterad befruktning.

⁶ Socialstyrelsen föreskrift SOSFS 2009:32 kap 4, 5 §

Nuvarande familjekonstellation

Rekommendationen anger att landstingsfinansierad assisterad befruktning bör erbjudas till par utan gemensamma eller adopterade barn. Om familjekonstellationen ändras görs en ny bedömning utifrån den nya situationen. Som ett alternativ har diskuterats att antalet försök ska vara personliga. SKL anser att det inte är ett lämpligt alternativ av flera skäl. Dels att det skulle missgynna så väl kvinnan själv som en ny partner. Ett annat skäl mot en sådan lösning är att det med dagens journalhantering inte är möjligt för landstingen att följa upp om individerna i en annan familjekonstellation har genomgått assisterad befruktning. Även om detta framöver skulle bli tekniskt möjligt kommer möjligheten att spärra sina journaluppgifter med all sannolikhet att vara kvar vilket leder till att vården inte heller framöver kommer ha möjlighet att kontrollera individernas uppgifter.

Patientlag

Patientlagen träder i kraft 1 januari 2015. Syftet med lagen är att stärka och tydliggöra patientens ställning samt att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta genom att en patient bl.a. ska få möjlighet att i eller utanför det egna landstinget fritt välja utförare av offentligt finansierad öppen vård, under vissa förutsättningar. Lagen innebär att landstinget inte kan prioritera sina egna invånare framför patienter som är bosatt i andra landsting, eller tvärtom. Grundregeln är att det är de medicinska behoven som ska ligga till grund för prioriteringar, inte från vilket landsting patienten kommer. Formulerat i hälso- och sjukvårdslagen 4§ framgår att:

”Landstinget ska erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Dessa patienter omfattas inte av landstingets vårdgaranti. I övrigt ska vården ges på samma villkor som de som gäller för de egna invånarna. Om patienten omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård enligt 3 § svarar det landstinget för kostnaderna för vård som patienten ges med stöd av andra stycket. Detta gäller dock inte om det landstinget ställer krav på remiss för vården och dessa remissregler inte följs.”

När börjar rekommendationen gälla?

Rekommendationerna föreslås träda i kraft så snart den formellt är beslutad i varje enskilt landsting. I de fall när landstingens nuvarande erbjudande skiljer sig från rekommendationens är det upp till varje landsting att därtill även besluta om lämpliga övergångsrutiner.

Uppföljning av rekommendationen

Rekommendationen bör följas upp av SKL 12 månader efter styrelsens beslut. Dels för att kartlägga följsamheten och tillämpningen i landstingen men också för att följa upp de ekonomiska konsekvenserna samt tillgången på donerade ägg och spermier.

Riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring offentligt finansierad fertilitetsbevarande åtgärd - i Södra sjukvårdsregionen.

Behandlingsvillkor

- Behandlingen, ska *startas innan* kvinnans 40 års dag och mannen 56 års dag.
Start av behandling definieras för kvinna som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner. Vid uttag av äggstocksvävnad dag för beslut.
Start av behandling definieras för mannen som dag för beslut.
- Inför behandling kontrolleras HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis. För behandling fordras att samtliga prover är negativa.
- För personer som redan har barn görs individuell bedömning om möjlighet fertilitetsbevarande åtgärd kan erbjudas.

Förutsättningar

Behandling utförs för personer som ska genom gå behandling, eller har sådan sjukdom, att man befarar förlust av befruktningsdugliga ägg alternativt spermier.

Behandling utförs om det är medicinskt motiverat.

Frysning av ägg, spermier eller embryon av sociala orsaker, s k social freezing, utförs ej.

Frysta embryon, ägg eller äggstocksvävnad

Embryon alternativt ägg eller äggstocksvävnad som befruktas kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Frysta spermier eller testikelvävnad

Frysta spermier kan användas för befruktning fram till mannens 56 års dag.

Riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring offentligt finansierad AIH (artificial insemination husband)- makeinsemination -i Södra sjukvårdsregionen

Behandlingsvillkor, infertila paret

- Både kvinnan och mannen ska omfattas av sjukförsäkring enligt Lagen om allmän försäkring och vara folkbokförda på samma adress vid tidpunkten för mottagningsbesöket för planering av behandlingen och varje behandlingstillfälle.
- Paret får inte ha något gemensamt barn, d v s barn med gener från dem båda, barn tillkommet efter donation av ägg eller spermie eller barn som paret gemensamt adopterat.
- Behandlingen beviljas inte om endera partnern är steriliserad.
- Båda i paret ska ha fyllt 20 år när infertilitetsutredning påbörjas.
- Behandlingen, oberoende av om det är första eller eventuellt efterföljande behandling, ska *startas, av medicinska orsaker*, innan kvinnans 36 års dag och mannen 56 års dag.
Start av behandling definieras som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner.
- Vid infertilitetsutredning är det önskvärt att kvinnans BMI inte överstiger 30. För att ett par ska erbjudas behandling på grund av barnlöshet fordras att kvinnans BMI inte överstiger 34. Vid BMI 31-34 fordras 10 % viktninskning (alt. viktninskning till BMI 30) före behandling.
- För infertilitetsutredning och behandling fordras att ingendera i paret röker.
- Det får inte efter medicinsk, psykologisk och/eller social utredning/kuratorsutredning, föreligga någon medicinsk kontraindikation mot graviditet och inte heller någon mer uppenbar psykologisk och/eller social kontraindikation mot graviditet och föräldraskap.
- Assisterad befruktning vid HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis sker enligt rekommendationer från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) 2005-01-05.
- Paret kan inte uppskjuta behandling utan överenskommelse med behandlande klinik. Generellt gäller att ett par ska ha avslutat behandlingar inom 24 månader efter att första behandlingen startades.
- Par som genomgått en form av offentligt finansierad assisterad befruktning (undantaget AIH utfört *före* annan offentligt finansierad assisterad befruktning) kan inte erbjudas andra offentligt finansierade behandlingsalternativ.

Förutsättningar för AIH

- Undersökning av kvinnan är utan anmärkning för möjligheten för att uppnå graviditet genom insemination.
- Oförklarad infertilitet.
- Anovulation (utebliven ägglossning) där farmakologisk behandling för ägglossning och samlag inte har medfört graviditet.
- Minimal endometrios.
- Spermaprov ska visa fler än 5 milj. rörliga spermier efter spermapreparering (gradientcentrifugering).
- Sperm Chromatin Structure Assay (SCSA) har utförts och DNA fragmentationsindex (DFI) är < 25%.
- Kvinnan har ej varit gravid senaste 12 månaderna.

Antal behandlingar

Tre offentligt finansierade behandlingar erbjuds om det är medicinskt motiverat.

Dessa behandlingar påverkar inte det antal behandlingar som kan erbjudas vid andra former av assisterad befruktning.

Riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring offentligt finansierad AID (artificial insemination donor) - givarinsemination - av heterosexuella par i Södra sjukvårdsregionen

Behandlingsvillkor, infertila paret

- Både kvinnan och mannen ska omfattas av sjukförsäkring enligt Lagen om allmän försäkring och vara folkbokförda på samma adress vid tidpunkten för mottagningsbesöket för planering av behandlingen och varje behandlingstillfälle.
- Paret får inte ha något gemensamt barn, d v s barn med gener från dem båda, barn tillkommet efter donation av ägg eller spermie eller barn som paret gemensamt adopterat.
- Behandlingen beviljas inte om endera partnern är steriliserad.
- Båda i paret ska ha fyllt 20 år när infertilitetsutredning påbörjas.
- Behandlingen, oberoende av om det är första eller eventuellt efterföljande behandling, ska *startas innan* kvinnans 40 års dag och mannen 56 års dag. Start av behandling definieras som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner.
- Vid infertilitetsutredning är det önskvärt att kvinnans BMI inte överstiger 30. För att ett par ska erbjudas behandling på grund av barnlöshet fordras att kvinnans BMI inte överstiger 34. Vid BMI 31-34 fordras 10 % viktminskning (alt. viktminskning till BMI 30) före behandling.
- För infertilitetsutredning och behandling fordras att ingendera i paret röker.
- Det får inte efter medicinsk, psykologisk och/eller social utredning/kuratorsutredning, föreligga någon medicinsk kontraindikation mot graviditet och inte heller någon mer uppenbar psykologisk och/eller social kontraindikation mot graviditet och föräldraskap.
- Assisterad befruktning vid HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis sker enligt rekommendationer från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) 2005-01-05.
- Paret kan inte uppskjuta behandling utan överenskommelse med behandlande klinik. Generellt gäller att ett par ska ha avslutat behandlingar inom 24 månader efter att första behandlingen startades.
- Par som genomgått en form av offentligt finansierad assisterad befruktning kan inte erbjudas andra offentligt finansierade behandlingsalternativ (undantaget IVF-D, se nästa sida).

Behandlingsvillkor, donator

- Bör vara yngre än 46 år, frisk och inte ha ärftliga sjukdomar i släkten.
- Testas för könssjukdomar (chlamydia, gonorré), HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis. (SOSFS 2009:30, bilaga 5)
- Psykologisk rådgivning rekommenderas.
- En donator kan medverka till barn i max 6 familjer. Detta innebär att en donator kan medverka till syskon som har samma genetiska mor i de 6 familjer där donatorn tidigare medverkat till barn.

Förutsättningar för AID

- Undersökning av kvinnan är utan anmärkning för möjligheten för att uppnå graviditet genom insemination.

- Mannen har genomgått andrologisk undersökning och:
 - a. Orsaken till azoospermi (inga spermier i minst två ejakulat) har utretts.
En ev. behandling av azoospermi har misslyckats och i de fall det inte finns någon terapimöjlighet har paret informerats om möjligheterna för att hämta sädesceller från testiklarna eller bitestiklarna.
 - b. I de fall spermier finns i ejakulatet och det bedöms som sannolikt att tidigare misslyckande med att uppnå graviditet vid samlag kan tillskrivas den dåliga spermiekvaliteten.
 - c. Om, på grund av manlig faktor, behandling startats för in vitro fertilisering, men återförande av embryo inte har varit möjligt.

- På grund av risken att överföra genetisk defekt från mannen till barnet.

Antal behandlingar

Sex offentligt finansierade behandlingar (AID) erbjuds om det är medicinskt motiverat.

Efter 4 AID kan eventuellt de 2 kvarvarande AID ersättas med 1 IVF behandling med donerade spermier (IVF-D). Eventuella frysförvarade embryon efter IVF-D kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Om ägguttag leder till att alla ägg fryses obefruktade erbjuds motsvarande behandling med upptining och befruktning av dessa ägg.

Riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring offentligt finansierad IVF (in vitro fertilisering) - "make-IVF" - i Södra sjukvårdsregionen.

Behandlingsvillkor, infertila paret

- Både kvinnan och mannen ska omfattas av sjukförsäkring enligt Lagen om allmän försäkring och vara folkbokförda på samma adress vid tidpunkten för mottagningsbesöket för planering av behandlingen och varje behandlingstillfälle.
- Paret får inte ha något gemensamt barn, d v s barn med gener från dem båda, barn tillkommet efter donation av ägg eller spermie eller barn som paret gemensamt adopterat.
- Behandlingen beviljas inte om endera partnern är steriliserad.
- Båda i paret ska ha fyllt 20 år när infertilitetsutredning påbörjas.
- Behandlingen, oberoende av om det är första eller eventuellt efterföljande behandling, ska *startas innan* kvinnans 40 års dag och mannen 56 års dag. Start av behandling definieras som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner.
- Vid infertilitetsutredning är det önskvärt att kvinnans BMI inte överstiger 30. För att ett par ska erbjudas behandling på grund av barnlöshet fordras att kvinnans BMI inte överstiger 34. Vid BMI 31-34 fordras 10 % viktminskning (alt. viktminskning till BMI 30) före behandling.
- För infertilitetsutredning och behandling fordras att ingendera i paret röker.
- Det får inte efter medicinsk, psykologisk och/eller social utredning/kuratorsutredning, föreligga någon medicinsk kontraindikation mot graviditet och inte heller någon mer uppenbar psykologisk och/eller social kontraindikation mot graviditet och föräldraskap.
- Assisterad befruktning vid HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis sker enligt rekommendationer från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) 2005-01-05.
- Paret kan inte uppskjuta behandling utan överenskommelse med behandlande klinik. Generellt gäller att ett par ska ha avslutat behandlingar inom 24 månader efter att första behandlingen startades.
- Par som genomgått en form av offentligt finansierad assisterad befruktning (undantaget AIH utfört före annan offentligt finansierad assisterad befruktning) kan inte erbjudas andra offentligt finansierade behandlingsalternativ (eventuella undantag vid, under pågående behandling, diagnosticerat behov av donerade könsceller).

Förutsättningar

- Tubarokklusion (stopp i äggledarna) och/eller adnexadherenser (sammanväxningar kring organen i underlivet) vilka inte med fördel kan åtgärdas med hjälp av titthålskirurgi.
- Måttlig till svår endometrios.
- Rubbning av ägglossningen som enda påvisad orsak till infertilitet sedan andra behandlingsmetoder inte givit resultat eller behövt avbrytas.
- Minst två abnorma spermaprov, d. v. s. prov med analysresultat som kan innebära nedsatt fertilitet, och en medicinsk andrologisk bedömning har inte fört till slutsatsen att det finns någon behandlingsbar bakomliggande orsak.
- Okänd orsak, som anses föreligga om paret har haft regelbundna, oskyddade samlag i två år (för par där kvinnan fyllt 36 år gäller dock minst ett år) utan graviditet och att punkt 1-4 inte gäller. Dessa par är berättigade till IVF om inte åldern enligt remittenten gör det rimligt att vänta längre på att graviditet spontant ska inträffa. Remittentens bedömning och skälen härför ska vara dokumenterade av remittenten.

- Kvinnan har ej varit gravid senaste 12 månaderna. Efter kvinnans 39 års dag kan undantag finnas.

Antal behandlingar

3 IVF-behandlingar med ägguttag kan genomföras om det är medicinskt motiverat.

Om IVF-behandling resulterar i embryon av god kvalitet kan dessa frysförvaras.

I första hand ska samtliga frysförvarade embryon återföras innan ny behandling med follikelstimulerande hormoner påbörjas. Det finns ingen gräns, för antal återförande av frysförvarade embryon.

Om ägguttag leder till att alla ägg fryses obefruktade erbjuds motsvarande behandling med upptining och befruktning av dessa ägg.

Eventuella frysförvarade embryon kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Överflyttning av specialistvårdsremiss:

Under förutsättning att inga förändringar skett vad gäller indikationen för IVF-remiss och giltighetsdatum inte har passerats så undertecknar verksamhetschefen för parets nya bostadsort specialistvårdsremiss för kvarvarande behandlingar. Detta övertagande sker per automatik.

Riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring offentligt finansierad ägg-/spermiedonation vid IVF (in vitro fertilisering) av heterosexuella par i Södra sjukvårdsregionen

Behandlingsvillkor, infertila paret

- Både kvinnan och mannen ska omfattas av sjukförsäkring enligt Lagen om allmänförsäkring och vara folkbokförda på samma adress vid tidpunkten för mottagningsbesöket för planering av behandlingen och varje behandlingstillfälle.
- Paret får inte ha något gemensamt barn, d v s barn med gener från dem båda, barn tillkommet efter donation av ägg eller spermie eller barn som paret gemensamt adopterat.
- Behandlingen beviljas inte om endera partnern är steriliserad.
- Båda i paret ska ha fyllt 20 år när infertilitetsutredning påbörjas.
- Behandlingen, oberoende av om det är första eller eventuellt efterföljande behandling, ska *startas innan* kvinnans 40 års dag och mannen 56 års dag. Start av behandling definieras som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner. Vid äggdonation definieras start av behandling, som start av läkemedel.
- Vid infertilitetsutredning är det önskvärt att kvinnans BMI inte överstiger 30. För att ett par ska erbjudas behandling på grund av barnlöshet fordras att kvinnans BMI inte överstiger 34. Vid BMI 31-34 fordras 10 % viktminskning (alt. viktminskning till BMI 30) före behandling.
- För infertilitetsutredning och behandling fordras att ingendera i paret röker.
- Det får inte efter medicinsk, psykologisk och/eller social utredning/kuratorsutredning, föreligga någon medicinsk kontraindikation mot graviditet och inte heller någon mer uppenbar psykologisk och/eller social kontraindikation mot graviditet och föräldraskap.
- Assisterad befruktning vid HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis sker enligt rekommendationer från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) 2005-01-05.
- Paret kan inte uppskjuta behandling utan överenskommelse med behandlande klinik. Generellt gäller att ett par ska ha avslutat behandlingar inom 24 månader efter att första behandlingen startades. Behandlingstiden kan förändras beroende på tillgång av donerade könsceller.
- Tillgång till egen donator kan påverka väntetiden. Vid egen donator förespråkas "korsdonation".

Behandlingsvillkor, donator

- Kvinnlig donator bör vara yngre än 36 år, manlig donator bör vara yngre än 46 år, frisk och inte ha ärftliga sjukdomar i släkten.
- Testas för könssjukdomar (chlamydia, gonorré), HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis. (SOSFS 2009:30, bilaga 5.)
- Psykologisk rådgivning rekommenderas.
- En donator kan medverka till barn i max 6 familjer. Detta innebär att en donator kan medverka till syskon som har samma genetiska mor i de 6 familjer där donatorn tidigare medverkat till barn.

Förutsättningar

A - Äggdonation

- Kvinnor med premature ovarian failure (POF), "för tidigt klimakterium".
- Ovarier bortopererade p g a exempelvis endometrios eller p g a cancer.
- Efter kemoterapi eller strålbehandling p g a malignitet då funktionen av äggstockarna slagits ut.
- Turners syndrom.

- Vid IVF-behandling med kvinnans ägg, om ägg med starkt nedsatt kvalitet och återförande av befruktat ägg utförts vid högst 1 tillfälle.
- Partner har god spermakvalitet.

B - Spermiedonation vid IVF

I. Kvinnan har hinder för naturlig befruktning, men god äggstocks kapacitet, samt:

- Mannen har genomgått andrologisk undersökning och:
 - a) Orsaken till azoospermi (inga spermier i minst två ejakulat) har utretts. En ev. behandling av azoospermi har misslyckats och i de fall det inte finns någon terapimöjlighet har paret informerats om möjligheterna för att hämta sädesceller från testiklarna eller bitestiklarna.
 - b) I de fall spermier finns i ejakulatet och det bedöms som sannolikt att tidigare misslyckande med att uppnå graviditet vid samlag kan tillskrivas den dåliga spermiekvaliteten.
 - c) Om, på grund av manlig faktor, behandling startats för in vitro fertilisering, men återförande av embryo inte har varit möjligt.
- På grund av risken att överföra genetisk defekt från mannen till barnet.

II. För par där kvinnan under pågående AID-behandlingsprogram får ett nytillkommet hinder för naturlig befruktning, kan möjlighet för spermiedonation vid IVF finnas.

Antal behandlingar

Äggdonation: 3 tillfällen med fertilisering med makens spermier vid äggdonation kan genomföras om det är medicinskt motiverat.

Spermiedonation: 3 IVF-behandlingar med ägguttag och spermiedonation, IVF-D, kan genomföras om det är medicinskt motiverat.

Om behandlingarna resulterar i embryon av god kvalitet kan dessa frysförvaras. I första hand ska samtliga frysförvarade embryon återföras innan ny behandling påbörjas.

Eventuella frysförvarade embryon kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring offentligt finansierad assisterad befruktning av lesbiska par i Södra sjukvårdsregionen

Behandlingsvillkor, infertila paret

- Båda kvinnorna ska omfattas av sjukförsäkring enligt Lagen om allmän försäkring och vara folkbokförda på samma adress vid tidpunkten för mottagningsbesöket för planering av behandlingen och varje behandlingstillfälle.
- Paret får inte ha något gemensamt barn, d v s barn tillkommet efter donation av spermie till endera partnern eller barn som paret gemensamt adopterat.
- Behandlingen beviljas inte om endera partnern är steriliserad.
- Båda i paret ska ha fyllt 20 år när infertilitetsutredning påbörjas.
- Behandlingen, oberoende av om det är första eller eventuellt efterföljande behandling, ska *startas innan* kvinnans 40 års och partnerns 56 års dag. Start av behandling definieras som start av läkemedelsbehandling med follikelstimulerande hormoner.
- Vid infertilitetsutredning är det önskvärt att BMI, för den kvinna som planerar graviditet, inte överstiger 30. För att ett par ska erbjudas behandling på grund av barnlöshet fordras att hennes BMI inte överstiger 34. Vid BMI 31-34 fordras 10 % viktminskning (alt. viktminskning till BMI 30) före behandling.
- För infertilitetsutredning och behandling fordras att ingendera i paret röker.
- Det får inte efter medicinsk, psykologisk och/eller social utredning/kuratorsutredning, föreligga någon medicinsk kontraindikation mot graviditet och inte heller någon mer uppenbar psykologisk och/eller social kontraindikation mot graviditet och föräldraskap.
- Assisterad befruktning vid HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis sker enligt rekommendationer från Svensk förening för obstetrik och gynekologi (SFOG) 2005-01-05.
- Paret kan inte uppskjuta behandling utan överenskommelse med behandlande klinik. Generellt gäller att ett par ska ha avslutat behandlingar inom 24 månader efter att första behandlingen startades.
- Par som genomgått en form av assisterad befruktning kan inte erbjudas andra offentligt finansierade behandlingsalternativ (undantaget IVF-D, se nästa sida).
- I samband med parets första gemensamma läkarbesök överenskommes vem i paret som planerar för graviditet. Det är inte möjligt för paret att byta till den icke utredda/behandlade partnern efter att behandling har påbörjats.

Behandlingsvillkor, donator

- Bör vara yngre än 46 år, frisk och inte ha ärftliga sjukdomar i släkten.
- Testas för könssjukdomar (chlamydia, gonorré), HIV, HTLV I/II, hepatit B/C och syfilis. (SOSFS 2009:30, bilaga 5.)
- Psykologisk rådgivning rekommenderas.
- En donator kan medverka till barn i max 6 familjer. Detta innebär att en donator kan medverka till syskon som har samma genetiska mor i de 6 familjer där donatorn tidigare medverkat till barn.

Förutsättningar för AID (Artificial Insemination Donor = Givarinsemination)

Den kvinna som ska insemineras utreds på samma sätt som vid AID för heterosexuella par. Insemination förutsätter att utredningen är utan anmärkning för AID. Om utredningen visar att AID inte är möjligt utförs IVF, in vitro fertilisering.

Förutsättningar för IVF med donerade spermier

Tillstånd som hindrar befruktning in vivo såsom tubarocklusion (stopp i äggledarna), svår endometriosis eller otillräckligt svar på den hormonstimulering som används vid AID.

Antal behandlingar

AID: Sex offentligt finansierade behandlingar erbjuds om det är medicinskt motiverat.

Efter 4 AID kan eventuellt de 2 kvarvarande AID ersättas med 1 IVF behandling med donerade spermier (IVF-D).

IVF med donator, IVF-D: 3 IVF-behandlingar med ägguttag kan genomföras om det är medicinskt motiverat.

Om IVF-behandling resulterar i embryon av god kvalitet kan dessa frysförvaras.

I första hand ska samtliga frysförvarade embryon återföras innan ny behandling med follikelstimulerande hormoner påbörjas. Det finns ingen gräns, för antal återförande av frysförvarade embryon.

Eventuella frysförvarade embryon efter IVF-D kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Om ägguttag leder till att alla ägg fryses obefruktade erbjuds motsvarande behandling med upptining och befruktning av dessa ägg.

Poängsystem Assisterad befruktning

Från och med 2015-01-01 nya regler för assisterad befruktning.

Behandlingscykler som startas före 2015-01-01 följer "gamla" regler. Alla cykler, för någon form av assisterad befruktning, som startar efter 2015-01-01 följer nya regler. Se regelverk för respektive form av behandling.

POÄNG – Antal offentligt finansierade behandlingar vid assisterad befruktning fr o m 2009-10-01 t.o.m. 2014-12-31

<i>Före start behandling</i>	<i>6 poäng</i>
1 fullföljd IVF eller ICSI-behandling	2 poäng
1 fullföljd oocytdonation	2 poäng
1 fullföljd IVF-behandling med spermiedonation	2 poäng
1 frysåterförande, FER	1 poäng

Par som använt 5 poäng kan själva finansiera hälften av en IVF-behandling/oocytdonation/IVF med spermiedonation.

Par som efter offentligt finansierad IVF-behandling/oocytdonation/IVF med spermiedonation har embryon i frys ska alltid erbjudas att nästkommande behandling/behandlingar är FER till dess inga kvarvarande embryon finns i frys.

Undantag från denna regel kan göras av medicinska orsaker och beslutas av läkare som dokumenterar beslutet i kvinnans journal.

Ovanstående gäller för alla IVF-behandlingar/oocytdonationer/IVF med spermiedonation som startas (= första läkarbesöket med planering tillsammans med barnmorskan) från och med 2009-10-01.

För att frysa embryon inom ovanstående 6 poängsystem - ingen avgift av paret.

Övriga, tidigare beslutade, riktlinjer är oförändrade.

DOKUMENTNUMMER RMC0371-4	GILTIG FRÅN OCH MED 2014-06-16	SIDA 1 (1)
DOKUMENTÄGARE Mona Bungum	GODKÄNT AV Mona Bungum	

Övriga regelverk och riktlinjer, fr o m 2015-01-01, kring assisterad befruktning

Efterhand som regelverk och riktlinjer växer fram ställs frågor som oftast kan utläsas ur riktlinjerna men som trots detta kan komma att aktualiseras. Nedan följer en sammanställning över sådana frågor tillsammans med regler som gäller för just dessa frågor.

Åldersgränser

Åldersgränsen 40 år för den kvinna som ska behandlas är definitiv oavsett vilket form av assisterad befruktning som avses. Det finns inga möjligheter till varken offentligt finansierad behandling eller behandling till självkostnadspris vid landstingens egna verksamheter.

Undantag från åldersgränsen är återförande av eventuella kvarstående frysta embryon.

Dessa kan återföras fram till den behandlade kvinnans 45 års dag.

Partners utan gemensamma barn

Vid situationer när kvinnan och mannen/registrerad partner har barn i tidigare partnerskap men önskar medicinsk hjälp med gemensamt barn gäller följande. Om enbart ena parten har tidigare barn följs riktlinjerna helt. Om båda parter har tidigare barn hänvisas paret till privat IVF-klinik.

Läkemedel

Läkemedel som t ex ägglossningsstimulerande läkemedel hanteras enligt läkemedelsförordningen och ingår alltså inte i priserna för assisterad befruktning.

Färska eller frysta embryon

Om frysta embryon finns, så används dessa i första hand.

Ett eller flera embryon

Normalt används ett embryo men det är upp till den medicinska bedömningen om fler än ett embryo ska användas och när i behandlingen detta i så fall ska göras.

Frysta kvarvarande embryon, ägg eller spermier

Par som utan positivt resultat genomgått maximalt antal behandlingar av offentligt finansierad assisterad befruktning och där frysta embryon, ägg eller spermier finns kvar kan, om utrymme finns, behandlas till självkostnadspris. Paret prioriteras som vid hjälp till syskon.

Behandling för syskon

Par som önskar syskon kan genomgå privatfinansierad behandling vid RMC om embryon finns frysförvarade eller om behandling innebär donation av ägg eller spermie.

Behandlingstid

Samtliga behandlingar ska normalt vara avslutade inom 24 månader. Behandlingar överstigande dessa månader kan beviljas om särskilda skäl föreligger. Beslutet ska i alla dessa fall vara särskilt dokumenterade.

Oenighet

Om parterna i det berörda paret inte är nöjda med den bedömning remittenten gjort kan omprövning av bedömningen begäras. Begäran om sådan omprövning ska vara skriftlig och skickas till respektive landstings hälso- och sjukvårdsledning.

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2014-12-05**Förslag till fördelning av Södra sjukvårdsregionens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete – UFo-anslag 2015**

Landstingen i Södra sjukvårdsregionen har för år 2015 avsatt 50 öre per invånare, dvs ca 960 000 kr för utvecklings- och forskningsarbete (UFo) inom Södra sjukvårdsregionen. Det finns ca 1 milj kr att fördela för år 2015. Totalt har 25 ansökningar inkommit.

Nytt för årets ansökningsomgång är att den som tidigare tilldelats UFo-anslag är inte behörig att söka anslaget för år 2015. Det har resulterat i färre antal ansökningar än tidigare år.

FoU-gruppen Södra sjukvårdsregionen, tillika granskningsgrupp, har prioriterat de inkomna ansökningarna. I prioriteringsarbetet har inte hänsyn tagits till från vilket landsting/region ansökningarna kommit utan det är projektets kvalitet och hur kriterierna är uppfyllda som varit avgörande. FoU gruppen var enig i sin bedömning.

I ärendet förelåg skrivelse 2014-11-20 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

att godkänna FoU-gruppens Södra sjukvårdsregionen förslag 2014-11-10 till fördelning av UFo-anslag 2015.

Bilagor

Skrivelse 2014-11-20, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Rita Jedlert
046-17 64 50
0768-87 19 95

2014-11-20

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Förslag till fördelning av Södra Regionvårdsnämndens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete – UFO-anslag 2015

Förslag till beslut

Södra Regionvårdsnämnden föreslås besluta

1. Att godkänna FoU-gruppens Södra sjukvårdsregionen förslag 2014-11-10 till fördelning av UFO-anslag år 2015.

Landstingen i Södra sjukvårdsregionen har för år 2015 avsatt 50 öre per invånare, dvs ca 960 000 kr för utvecklings- och forskningsarbete (UFO) inom Södra sjukvårdsregionen. Det finns ca 1 milj kr att fördela för år 2015.

I enlighet med kungörelsen 2014-08-14 ska de avsatta medlen användas för att stimulera till utvecklings- och forskningsarbete. Ansökningarna kan ha forskningsinriktning, dvs ny kunskap eftersöks och där det ställs erforderliga krav på vetenskaplighet. Ansökningarna kan också vara av utvecklingskaraktär där nytt kunnande utifrån känd kunskap eftersöks med kvalitets- och dokumentationskrav. Alla ansökningar ska dock ha en vetenskaplig grund. ./.

UFO-anslaget är riktat mot projekt som är av inledande forsknings- och utvecklingskaraktär, sk start ups, och ska bidra till att projektet ska söka och erhålla andra anslag.

Nytt för årets ansökningsomgång är att den som tidigare tilldelats UFO-anslag är inte behörig att söka anslaget för år 2015. Det har resulterat i färre antal ansökningar än tidigare år.

Enligt kungörelsen ska följande särskilt prioriteras:

- Samarbete över landstingsgränserna i Södra sjukvårdsregionen.
- Tvärvetenskapliga och/eller multidisciplinära projekt med patientnära inriktning.
- Interventionsstudier.

Ansökningstiden gick ut 2014-09-15. Det har inkommit 25 ansökningar varav 1 från Landstinget Blekinge, 1 från Region Halland, 1 från Landstinget Kronoberg, 19 från Region Skåne samt 3 från Extern enhet med avtal.

FoU-gruppen Södra sjukvårdsregionen, tillika granskningsgrupp, prioriterade de inkomna ansökningarna vid sammanträde 2014-11-10. Av de 25 inkomna ansökningarna var det åtta som bedömdes vara berättigade till anslag. Det var två ansökningar som tilldelades 150 000 kr vardera, en tilldelades 141 000 kr, tre tilldelades 100 000 kr vardera, en tilldelades 50 000 kr och en tilldelades 30 000 kr.

Landstinget Kronoberg tilldelades 141 000 kr och Region Skåne 680 000 kr. Totalt fördelades 821 000 kr. Fördelningen bifogas. ./.

FoU-gruppen har vid prioriteringen inte tagit hänsyn till från vilket landsting/region ansökningarna kommit utan det är projektets kvalitet och hur kriterierna är uppfyllda som varit avgörande.

FoU gruppen var enig i sin bedömning.


Rita Jedlert
Direktör

Södra sjukvårdsregionens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete, UFO-anslag, inom hälso- och sjukvårdsområdet år 2015

Landstingen/regionerna i Södra sjukvårdsregionen (nedan kallade landstingen) har för år 2015 avsatt ca **1 miljon** kronor för utvecklings- och forskningsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet inklusive tandvården.

Stödets inriktning

De avsatta medlen ska användas för att stimulera till utvecklings- och forskningsarbete. Ansökningarna kan ha forskningsinriktning, dvs ny kunskap eftersöks och där det ställs erforderliga krav på vetenskaplighet. Ansökningarna kan också vara av utvecklingskaraktär där nytt kunnande utifrån känd kunskap eftersöks med kvalitets- och dokumentationskrav. Alla ansökningar ska dock ha en vetenskaplig grund.

UFO-anslaget är riktat mot projekt som är av inledande forsknings- och utvecklings karaktär, sk startups, och ska bidra till att projektet kan söka och erhålla andra anslag.

Den som tidigare tilldelats UFO-anslag är inte behörig att söka anslaget för år 2015.

I årets ansökningsomgång prioriteras särskilt följande i nedanstående ordning:

- 1. Projekt som kan gynna samarbete över landstingsgränserna i Södra sjukvårdsregionen.***
- 2. Tvärvetenskapliga och/eller multidisciplinära projekt med patientnära inriktning.***
- 3. Interventionsstudier.***

Det är ett krav att samtliga landsting i Södra sjukvårdsregionen får ta del av resultaten.

I Södra sjukvårdsregionen finns det ett särskilt anslag för landstingsfinansierad regionforskning som finansieras av Landstinget Blekinge, Landstinget Kronoberg, södra Halland och Region Skåne. Forskningsstödet består av ett doktorandanslag (ettårig tilldelning) och ett projektanslag (tvåårig tilldelning). Sökande som har beviljats doktorand- eller projektanslag för år 2015 är inte aktuella för UFO-anslag.

Stödets utformning

För utvecklings- och forskningsprojekt lämnas bidrag upp till maximalt 150 000 kronor.

Bidraget får täcka kostnader för lönekostnader (inkl sociala avgifter) samt projektets övriga drift exkl externa konsultinsatser.

I ansökningsformuläret finns fält för projektets budget, om det finns eller förväntas finnas andra finansiärer samt tidigare erhållna medel från Södra Regionvårdsnämnden för projektet.

Vem kan söka bidrag?

Behöriga att söka är anställda inom

- Landstinget Blekinge
- Region Halland (omfattar hela Halland)
- Landstinget Kronoberg
- Region Skåne
- Privata vårdgivare med vårdavtal/motsvarande med något av landstingen/regionerna i Södra sjukvårdsregionen.

Prioriteringsprinciper

Ansökningarna bedöms av FoU-gruppen Södra sjukvårdsregionen med utgångspunkt från nedanstående bedömningssystem som gäller för Södra sjukvårdsregionens utvecklings- och forskningsanslag. Bedömningen sker utifrån följande poängskala:

- 7 = utomordentligt hög
- 6 = mycket hög
- 5 = hög
- 4 = ganska hög
- 3 = någon
- 2 = ganska liten
- 1 = osäker, tveksam
- 0 = saknas

Följande områden bedöms (var för sig utan inbördes rangordning):

- Frågeställning:* Originalitet, forskningsbarhet, avgränsning etc. Hur kan projektet bidra till att öka kunskapen inom området.
- Genomförbarhet utifrån inlämnad projektplan:* Metoder, tidplan, förankring av projektet på arbetsplatsen, sökandes möjlighet att genomföra projektet etc.
- Projektets betydelse för landstinget/landstingen och hur projektet kan gynna gränsöverskridande samarbete, t ex avseende vårdprocessen samt hur implementeringsarbetet beskrivits.

Handledning vid utvecklings- och forskningsprojekt

För sökande som inte har genomgått forskarutbildning eller är disputerad rekommenderas att den sökande knyter en eller flera handledare till projektet. Om ämneshandledaren saknar forskarutbildning rekommenderas att sökande kontaktar respektive landstings FoU-enhet/motsvarande för diskussion kring metodhandledning mm. Handledaren intygar genom kontrasignering att han/hon åtar sig ansvaret att vara handledare och att projektet är genomförbart samt att kostnadsberäkningen är relevant.

Verksamhetschef/motsvarande

Verksamhetschefen/motsvarande intygar genom kontrasignering att han/hon ställer sig bakom projektansökan och medverkar till att projektet kan genomföras enligt den presenterade planeringen i ansökan samt att i förekommande fall också bekräftar att kostnadsberäkningen är relevant.

Ansökan och personkort

Ansökan görs på ansökningsformulär som hämtas antingen från Södra Regionvårdsnämndens hemsida <http://www.srvn.se> eller från ansökningssystemet <http://www.fou.nu/is/ssvr> .

För att kunna göra en ansökan måste både sökande och handledare registrera ett personkort som innehåller CV och publikationer. Detta görs före ifyllandet av ansökningsformuläret.

All kommunikation med sökande kring ansökningsprocessen sker via den e-postadress som sökanden anger i personkortet.

Även om ansökan är slutförd kan den ändras fram t o m sista ansökningsdag. I ansökningsformuläret finns det hjälptexter under respektive frågetecken.

Tänk på följande i ansökan:

- Beskriv projektet väl med tydlighet avseende såväl syfte som bakgrunds- och metodbeskrivningar. Utrymmet för forsknings-/utvecklingsprogrammet motsvarar ca fyra A4-sidor, teckensnitt Arial 10 pkt.
- Ansökningsformulärets fält ska fyllas i på ett sådant sätt att FoU-gruppen får en klar bild av varför projektet behöver genomföras, vad som ska göras, hur det ska gå till och hur resultaten ska implementeras.
- Bilagor i form av figurer, tabeller eller referenslista kan bifogas ansökan.
- Såväl själva ansökan som projekttitel ska skrivas på svenska.

Sista ansökningsdag är 2014-09-15. Därefter stängs formuläret. Observera att underskriftsblanketten ska vara underskriven av sökanden och ansvarig chef samt i förekommande fall även av medsökande och handledare innan den antingen mejlas till margaretha.i.nilsson@skane.se eller skickas till Södra Regionvårdsnämnden, 221 85 LUND. **Blanketten med erforderliga underskrifter ska vara Södra Regionvårdsnämnden tillhanda senast två dagar efter ansökningstidens utgång, dvs 2014-09-17. Om inte, går inte ansökan vidare för bedömning.**

Beslut och handläggning

Inkomna bidragsansökningar granskas av Södra sjukvårdsregionens FoU-grupp som också tar fram förslag till prioritering. Efter beredning av Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp för gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor överlämnas förslaget till Södra Regionvårdsnämnden för beslut. Den sökande meddelas därefter via e-post om beslutet. De som fått ett anslag beviljat får ett e-postmeddelande om gällande villkor.

Rapport och redovisning

Den del av projektet som beviljats UFO-anslag ska vara genomfört och slutredovisat till Södra Regionvårdsnämndens kansli **senast 2016-12-31**. Redovisningen sker i ansökningssystemet. Av redovisningen skall projektets resultat framgå liksom hur bidraget använts. Medel som inte använts inom denna tid återgår till Södra Regionvårdsnämnden.

Det ankommer på den sökande och den sökandes handledare att följa de regler som finns för etisk granskning samt att följa reglerna i personuppgiftslagen (PuL) och andra tillämpliga lagar och förordningar.

Landstingen i Södra sjukvårdsregionen och Södra Regionvårdsnämndens kansli har rätt att informera om samtliga pågående och avslutade utvecklings- och forskningsprojekt.

Rita Jedlert
Direktör

Fördelning av Södra sjukvårdsregionens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete, UFO-anslag, inom hälso- och sjukvårdsområdet år 2015

Efternamn	Förnamn	Tjänsttitel	Diarienummer	Landsting/ region/extern enhet	Klinik/arbetsplats	Ort	Projekttitel	Anslag	Anmärkning
Olofsson	Sven-Erik	Läkare	REGSKANE 473291	Kronoberg	Onkologen, Centrallasarettet	Växjö	Individualiserad behandling av metastaserad testikelcancer - resultat och långtidsbiverkningar	141 000	
Wästberg	Birgitta	Chefsarbets- terapeut	REGSKANE 468401	Skåne	Enheten för medellånga vårdutbildningar, psykolog- och socioonomutbildningar vid Staben för forskning och utbildning Skånes universitetssjukhus	Malmö-Lund	Utvärdering av projektet Kultur och hälsa för psykiiskt funktionshindrade personer i Blekinge	150 000	
Bonnevier	Anna	Läkare	REGSKANE 471901	Skåne	VO Kvinnosjukvård Skånes universitetssjukhus	Lund	Faktorer som påverkar hälsan bland barn födda i graviditetsvecka 34 tom 36+6	150 000	
Sporre	Maria	Leg logoped	REGSKANE 467311	Skåne	Logopedmottagningen Enheten för ÖNH-sjukdomar VO Specialiserad kirurgi Skånes universitetssjukhus	Malmö	Tatresultat vid 5 års ålder efter primär gompplastik enligt Sommerlad	100 000	
Svensson	Birgitta	Barn- sjuksköterska	REGSKANE 462991	Skåne	Barnhjärtcentrum Skånes universitetssjukhus	Lund	Hälsorelaterad livskvalitet vid klinisk bedömning och behandling av barn med medfödda hjärtfel	100 000	
Bergmark	Christina	Leg psykolog	REGSKANE 472611	Skåne	Vårdcentralen Dalby	Dalby	Behandlingsstudie avseende korttids-KBT vid panikångest (PD). - En pilotstudie vid Vårdcentralen Dalby.	100 000	
Axberg	HaldeMarie	Leg psykolog	REGSKANE 474081	Skåne	Vuxenpsykiatriska öppenvårds- mottagningen Ängelholms sjukhus Skånevård Sund	Ängelholm	Utfallsstudie gällande farmakologisk behandling vid ADHD (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)	30 000	
Magnusson	Carl-Gustaf	Sjukhuskemist	REGSKANE 467811	Skåne	Klinisk kemi, Medicinsk service, Labmedicin Skånes universitetssjukhus	Lund	Utvärdering av humant cystatin F som biomarkör vid inflammation	50 000	
Summa								821 000	

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2014-12-05**Information om regionala chefssamråd inom Södra sjukvårdsregionen**

Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp för gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor har beslutat att inrätta regionala chefssamråd inom Södra sjukvårdsregionen.

Deltagare i chefssamråden utses från Region Halland, Region Kronoberg, Landstinget Blekinge, från förvaltningarna Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh i Region Skåne samt från medicinska fakulteten vid Lunds universitet

I ärendet förelåg skrivelse 2014-11-26 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

Södra Regionvårdsnämndens beslut

att lägga informationen till handlingarna.

Bilagor

Skrivelse 2014-11-26 från Södra Regionvårdsnämndens kansli

2014-11-26

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Regionala chefssamråd inom Södra sjukvårdsregionen

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att lägga informationen till handlingarna

Bakgrund

Det regionala samarbetet behöver arbetsformer där chefer i linjen kan träffas och stämna av det fortgående samarbetet. Av denna anledning har Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp för gemensamma hälso- och sjukvårdsfrågor beslutat att inrätta regionala chefssamråd inom den Södra sjukvårdsregionen. I skrivelse 2014-04-11 framgår inom vilka områden som chefssamråden planeras att etableras och vilka uppdrag som chefssamråden löpande skall arbeta med.

Deltagare i chefssamråden utses från Region Halland, Region Kronoberg och Landstinget Blekinge och från förvaltningarna Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh i Region Skåne samt från medicinska fakulteten vid Lunds universitet.

Chefssamråden rapporterar till Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp för hälso- och sjukvårdsfrågor.

Rita Jedlert
Direktör

Datum: 2014-04-11

Dnr

Version 2

Regionala chefssamråd inom Södra sjukvårdsregionen

Regionala chefssamråd ska etableras inom Södra sjukvårdsregionen inom följande områden (i bokstavsordning):

- allmän kirurgi inkl. traumasjukvård
- barnsjukvård inkl. neonatologi
- gynekologi och obstetrik
- hjärtsjukvård inkl. kardiologi och thoraxkirurgi
- infektionssjukvård
- lungmedicin
- neurologi och neurokirurgi
- njurmedicin inkl. njurtransplantation
- ortopedi
- reumatologi
- urologi
- ögonsjukvård
- öron, näs, hals

Beslut om bildande utöver dessa eller avveckling av regionala chefssamråd fattas av ledningsgruppen för södra sjukvårdsregionen.

Uppdrag

Chefssamråden ska löpande arbeta med följande frågor:

- Verka för specialitetens utveckling både regionalt och nationellt
- Samarbetsorgan, forum för samråd och informationsutbyte
- Kvalitet, kvalitetuppföljning sett från patienternas perspektiv
- Ansvars- och arbetsfördelning i södra regionen ("nivåstrukturering")
- Rutiner och riktlinjer, t.ex. remissrutiner, ledtider och väntetider, vårdprogram m.m.
- Kompetensförsörjning på kort och på lång sikt
- Utarbeta, uppdatera och revidera regiongemensamma vertikala medicinska prioriteringar.
- Vid behov samverka med andra chefssamråd
- Verka för ett välfungerande samarbete inom och mellan specialiteterna kring läkarutbildningen och andra specialistutbildningar i alla dess led.
- Medverka i framtagande av regional medicinsk information inom specialiteten.
- Remissinstans vid behov från huvudmännen genom Södra sjukvårdsregionen

Därutöver kan de regionala chefsamråden få uppdrag från ledningsgruppen för södra sjukvårdsregionen. Därutöver har de regionala chefssamråden initiativrätt rörande frågor inom specialiteten.

Deltagare

Ledamöter för de regionala chefssamråden utses från Region Halland, Landstinget Kronoberg och Landstinget Blekinge, från förvaltningarna Skånes universitetssjukvård, Sund och Kryh i Region Skåne samt från medicinska fakulteten vid Lunds universitet. Varje chefssamråd består således av sju personer.

Ledamöter i de regionala chefssamråden är verksamhetscheferna för resp. specialitet eller, beroende på intern organisation, sektionschef eller medicinskt ledningsansvarig som utses av verksamhetschefen. För medicinska fakulteten utser dekanus deltagare.

Ordförande utses inom respektive råd. Cirkulation av ordförandeskapet ska ske en gång per år, företrädesvis vid varje nytt verksamhetsår.

Chefssamrådet bestämmer själv sina arbetsformer (adjungering, bildande av arbetsgrupper etc.) inom ramen för uppdraget.

Deltagarna i de regionala chefssamråden representerar respektive huvudman. Respektive huvudman ansvarar alla kostnader för sitt eget deltagande.

Rapportering

Minnesanteckningar ska föras vid varje möte. Dessa distribueras senast en vecka efter varje möte till kansliet för södra regionvårdsnämnden. Ordförande ansvar för detta inkl. administrativt stöd till chefsrådet vid behov.

Chefsamråden ska en gång per år, senast innan utgången av november och på ordförandes ansvar, lämna en sammanfattande rapport det senaste årets arbete. Särskild mall för denna redovisning ska följas. I rapporten ska bl.a. redovisas förväntade patientströmmar mellan huvudmännen för nästa verksamhetsår i termer av

- volymer i termer av antal besök och antal vårdtillfällen med fokus på förändringar mellan åren
- diagnoser eller kombinationer av diagnoser och åtgärder med fokus på flaskhalsar
- bedömd ekonomisk konsekvens beräknat på priser innevarande år
- behov av samordning inom utbildningsområdet

Ordförandekonferenser

För information och överläggningar i regiongemensamma frågor inbjuder ledningsgruppen för södra sjukvårdsregionen till gemensam konferens två gånger per år. Till dessa bjuds in ordföranden i regionala medicinska kunskapsgrupper, divisionschefer, förvaltningschefer samt landstings- och regiondirektörer.

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

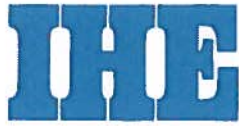
1. Att lägga informationen till handlingarna

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 förberedelse 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%