

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

2017-11-23

## SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

**Datum/tid:** 2017-11-30 kl 13.00  
Lunch serveras kl 12.00.

**Plats:** Kosta Boda Art Hotel, Kosta

### Ärenden

- 1 **Justering**
  - 2 **Sällsynta diagnoser – slutrapport** ./.  
*Ulf Kristoffersson*
  - 3 **Regional arbetsfördelning**
    - *Lägesrapport - Margareta Albinsson*
    - *Lägesrapport delprojekten*
    - *Implementering*
  - 4 **Delprojekt 4 Ortopedi - axelkirurgi - nyckelbenskirurgi** ./.
  - 5 **Delprojekt 6 Ortopedi - öppen bäckenkirurgi** ./.
  - 6 **Delprojekt 10 Medicinsk teknik** ./.
  - 7 **Förslag till fördelning av Södra sjukvårdsregionens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete – UFo-anslag 2018** ./.
  - 8 **Regionalt forskningsstöd - tilldelning Doktorandanslag år 2018**
- Kaffe*
- 9 **Aktuell information från Region Kronoberg**

- 10 Gemensam strategi för bemanningsföretag**
- 11 Sammanträdesplan år 2018 för Södra Regionvårdsnämnden** ./.
- 12 Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018**  
*Per Wendel*
- 13 Anmälningssärenden (handlingarna finns tillgängliga vid sammanträdet)** ./.
- 1** Regionala medicinska kunskapsgrupper,  
Minnesanteckningar  
Barns- och ungdomars hälso- och sjukvård 2017-09-27  
Hjärta/kärl 2017-09-14, 2017-10-26  
Nervsystemets sjukdomar 2017-09-22  
Njursjukdomar och regionalt chefssamråd 2017-10-04  
Palliativ vård 2017-09-28  
Rörelseorganens sjukdomar 2017-10-23
- 2** Chefssamråd  
Gynekologi och obstetrik 2017-09-28
- 14 Övrigt**

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Sällsynta diagnoser - slutrapport**

Ulf Kristoffersson, docent, klinisk genetik, informerade om centrum för sällsynta diagnoser.

Södra Regionvårdsnämnden beslutade vid sammanträdet 2014-10-09 att med start 2015-01-01 och som ett treårigt projekt till och med 2017-12-31 inrätta ett Centrum för sällsynta diagnoser. Vid sammanträdet 2017-05-29 beslutades att verksamheten från 2018-01-01 ingår som en solidariskt finansierad verksamhet knuten till Medicinsk Service/Klinisk genetik i Region Skåne. Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2017-10-04 om uppdrag som gäller tillsvidare för Centrum för sällsynta diagnoser.

I ärendet förelåg skrivelse 2017-11-16 från Södra Regionvårdsnämndens kansli inklusive slutrapport 2017-11-14.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** med godkännande lägga projektredovisningen för Centrum för sällsynta diagnoser 2015-2017 till handlingarna

**Bilagor**

Skrivelse 2017-11-16, Södra Regionvårdsnämndens kansli inkl slutrapport 2017-11-14

2017-11-16

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Centrum för sällsynta diagnoser i Södra sjukvårdsregionen, projektredovisning 2015-2017**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att med godkännande lägga projektredovisningen för Centrum för sällsynta diagnoser 2015-2017 till handlingarna

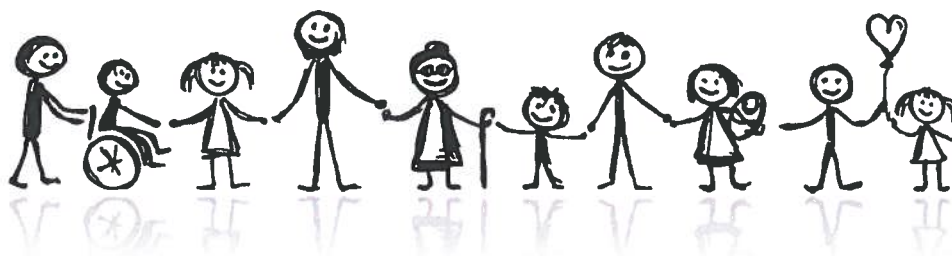
### **Bakgrund**

Avsikten med att inrätta ett centrum för sällsynta diagnoser är att skapa förutsättningar för en helhetssyn på vård och omsorg för personer med en ovanlig diagnos.

Södra Regionvårdsnämnden beslutade vid sammanträdet 2014-10-09 att med start 2015-01-01 och som ett treårigt projekt till och med 2017-12-31 inrätta ett Centrum för sällsynta diagnoser. Vid sammanträdet 2017-05-29 beslutades att verksamheten från 2018-01-01 ingår som en solidariskt finansierad verksamhet knuten till Medicinsk Service/Klinisk genetik i Region Skåne. 2017-10-04 beslutade Södra Regionvårdsnämnden om uppdrag som gäller tillsvidare för Centrum för sällsynta diagnoser.

Rita Jedlert  
Direktör

# Centrum för sällsynta diagnoser i Södra sjukvårdsregionen Projektredovisning 2015-2017



Södra regionvårdsnämnden beslutade vid sammanträde 2014-10-09 att med start 2015-01-01 och som ett treårigt projekt till och med 2017-12-31 inrätta ett Centrum för sällsynta diagnoser, CSD, (Beslut: 2014-10-09, § 39). Vid sammanträde 2017-05-29 beslutades att verksamheten från 2018-01-01 ingår som en solidariskt finansierad verksamhet knuten till Medicinsk Service/Klinisk genetik i Region Skåne (Beslut 2017-05-29 § 15).

Som projektledare ber jag härmed att få överlämna en rapport över projektets utveckling t.o.m. 2017-10-31 och en översikt över hur verksamheten kommer att fortsätta efter projekttiden.

Lund den 14 november 2017

Ulf Kristoffersson  
projektledare

## Bakgrund

Avsikten med att inrätta ett centrum för sällsynta diagnoser är att skapa förutsättningar för en helhetssyn på vård och omsorg för personer med en ovanlig diagnos. Många av dessa har visat sig ha en genetisk orsak, någon form av förändring i arvsmassan. I en del fall är den nyuppkommen hos individen medan det i andra fall finns återupprepningsrisker i kommande graviditeter för föräldrar och andra familjemedlemmar.

Den som har ett livslångt funktionshinder och dess familjemedlemmar har ofta ett behov av livslånga kontakter med hälso- och sjukvården. Dessa funktionshinder omfattar ofta flera organ vilket kräver medverkan av olika medicinska specialister.

Ett problem idag är att det finns en bristande kontinuitet i vården som ställer stora krav på individens eller dess familjemedlemmars förmåga att informera vårdgivaren om aktuellt vårdbehov. Framför allt inom vuxenvårdens organorienterade struktur saknas det ofta en person som kan ta ett övergripande ansvar för att samordna olika vårdinsatser. Även i övergången från barnsjukvård till vuxensjukvård upplever patienterna brister i överlämnandet.

En utredning som CSD delvis initierat var att genomföra en kartläggning av vuxna med ryggmärgsbräck i Södra sjukvårdsregionen. Denna visar på uppenbara brister i vård och omsorg för vuxna. Medan det finns ett nationellt vårdprogram för barn med ryggmärgsbräck finns inga vare sig regionala eller nationella riktlinjer vilket tydligt avspeglar sig i rapporten (<http://mmcup.se>). Någon motsvarande inventering har inte gjorts någon annanstans i Sverige. Se vidare under avsnitt III

En medlemsundersökning från Sällsynta diagnoser ([www.sallsyntadiagnoser.se](http://www.sallsyntadiagnoser.se)), en paraplyorganisation för ett 60-tal patientorganisationer för ovanliga diagnoser, visar också tydligt på att det som vården erbjuder inte leder till jämlik vård.

Undersökningen visar bland annat:

- Endast 16 % av de sällsynta patienterna känner förtroende för att primärvården ska ha kunskap nog att bemöta deras särskilda behov.
- Endast 39 % av de vuxna anser att de alltid får den medicinska vård som behövs utifrån sin diagnos.
- 73 % anser sig inte tillgång till den rehabilitering/habilitering som många gånger är den behandling som är nödvändig

Citerat från undersökningsrapporten:

”Kunskap och samordning är återkommande begrepp när undersökningsdeltagarna fritt fick önska hur vården borde fungera, utgående från den sällsynta diagnosen. Bland annat önskades ”samlad kompetens om och vana av patienter som har sällsynta tillstånd” och ”att de olika vårdinstanserna var kopplade till varandra, att det fanns en samordnare”. En uppgiven kommentar var ”less på att förklara sjukdomen och få fel vård”. Andra påpekanden var ”att man blir tagen på allvar” och ”ej blir ifrågasatt av vårdpersonal”.”

CSD-syd genomförde under hösten 2016 en enkät till patientföreningar för ovanliga diagnoser med verksamhet i södra sjukvårdsregionen om deras önskemål på vad CSD skulle kunna bidra med. Förutom att synpunkterna som framkommit ovan lyftes så önskade man mer utbildning, om sin eller sitt barns diagnos både för egen del och för vårdgivarnas samt möjlighet till psykologstöd. Dessa frågor arbetar vi vidare med.

En bidragande orsak till den bristande kunskapen är just sällsyntheten; det finns sparsamt med kunskapsunderlag för många diagnoser. Den information som finns kan också ofta vara svår att finna för den som inte vet var man ska leta. I många fall saknas en vetenskapligt fastställd diagnos; diagnosbäraren har ett flera olika funktionshinder, men den biologiska bakgrunden är okänd. Detta är en frustration för både diagnosbärare och vårdgivare. Även om det sedan några år finns genetiska diagnosmetoder att fastställa en biologisk orsak till ca 50 procent av alla funktionshinder utnyttjas detta ofta inte av kostnadsskäl. Det finns hälsoekonomiska beräkningar som stödjer att tidig DNA-diagnostik kan spara in många andra utredningar och därmed leda till snabbare diagnos, en kostnadseffektivare utredning. Detta ska kopplas till att allt fler sällsynta läkemedel för enskilda ovanliga diagnoser blir tillgängliga och där en genetisk utredning är en förutsättning för att rätt person erbjuds behandling.

Utifrån en helhetssyn på patientens perspektiv har i projektet ett antal nyckelfrågor identifierats där CSD kan bidra till en förbättrad och även kostnadseffektivare vård och omsorg. En grundfilosofi för CSDs arbete har varit att diagnosbäraren ska kunna erbjudas kvalificerad vård så nära bostadsorten som möjligt. Detta vill vi uppnå genom att bidra till att varje person med en ovanlig diagnos som behöver det ska få en individuell vårdplan baserad på aktuellt kunskapsläge och med tydliga kontaktvägar till den specialiserade vård som individen har behov av samt genom att förstärka närvaron av genetisk skolade medarbetare i alla förvaltningar i Södra sjukvårdsregionen.

CSD har under projekttiden 2015-2017 påbörjat arbetet med att bygga en struktur till stöd för personer med en ovanlig diagnos och dess vårdgivare utgående från ett helhetsperspektiv på vårdens insatser. Vi har utifrån uppdraget lagt upp vårt arbete i enlighet med de rekommendationer som Europeiska rådet utfärdade 2009 (EC 2009/C 151/02).

Under projekttiden fanns en referensgrupp som träffats tre ggr/år med representanter för de olika huvudmännen, Regionvårdsnämndens kansli, patientföreningar samt Handikapprörelsernas samverkansorganisation (HSO) i Skåne som löpande följt och kunna ge synpunkter på projektets framskridande.

Uppdraget från Regionvårdsnämnden är specificerat enligt nedan:

- Bygga upp och hålla uppdaterat ett diagnos- och klientregister där vårdförloppet för den enskilde patienten enkelt kan följas.
- Ta fram och hålla uppdaterat ett register över personer i sjukvårdsregionen med spetskompetens inom ett enskilt område.
- Arbeta utgående från multidisciplinära diagnostiska team.
- Ha ett vårdteam med bred kompetens att kunna ta fram vårdplaner för de enskilda patienterna baserat på de vårdprogram som kan finnas alternativt ta fram enskilda vårdplaner.
- Ha resurser att bidra till byggandet av expertteam med medverkan från både barn- och vuxensjukvården.
- I de fall där högspecialiserad vård inte krävs, ta fram en modell för samverkan med primärvården för att underlätta övergången till vuxenvården.
- Ta fram utbildningar om sällsynta diagnoser för medarbetarna i hälso- och sjukvården.
- Samverka med patientorganisationer/grupper om patientutbildning och kontaktdagar.

## Projektets framskridande tom 31 oktober 2017

I redovisningen har vi utgått från rubrikerna i Europeiska rådets rekommendationer för att beskriva pågående och planerad verksamhet inom Södra sjukvårdsregionen inom ramen för uppdraget:

Rubrikerna är:

- I. Planer och strategier avseende sällsynta diagnoser
- II. Avseende definitioner, kodning och inventering av sällsynta sjukdomar
- III. Avseende forskning om sällsynta sjukdomar
- IV. Avseende kompetenscentrum och europeiska referensnätverk för sällsynta sjukdomar
- V. Avseende expertis om sällsynta sjukdomar på EU-nivå
- VI. Avseende patientorganisationernas egenmakt
- VII Avseende hållbarhet

### I. PLANER OCH STRATEGIER AVSEENDE SÄLLSYNTA SJUKDOMAR

#### *Kompetensutveckling*

Den formella utbildningen i medicinsk och klinisk genetik är låg; på den nya läkarutbildningen i Lund nämns inte begreppet genetik i den nya läroplanens kliniska del utan ämnet förväntas undervisas som en integrerad del i varje kurs.

Inom läkarnas specialist- och kontinuerliga vidareutbildning finns bara någon enstaka kurs i missbildningslära (syndromologi) men i övrigt intet som lyfter fram den genetiska diagnostiken och familjeperspektivet. Övriga vårdutbildningar erbjuder i princip inte heller någon utbildning. Detta innebär att vårdgivarna ofta har problem att känna igen genetiska frågeställningar, tolka genetiska rapporter och överföra informationen till patienten.

Med tanke på att genetisk diagnostik antas vara en av grundstenarna i personcentrerad vård och behandling kommer behoven av information om genetiska utredningsmöjligheter och genetisk vägledning att öka. Detta är inget specifikt för Sverige utan gäller generellt.

Se under avsnitt IV och VI angående utbildningar för vårdgivare och diagnosbärare.

#### *Utbildningar om sällsynta diagnoser för medarbetarna i hälso- och sjukvården.*

CSD erbjuder i samverkan med övriga medarbetare vid klinisk genetik och de olika medicinska specialiteterna skräddarsydda utbildningar för verksamheternas behov. Här redovisas bara de utbildningar som utgått från CSD och inte de som genomförts av andra medarbetare knutna till Klinisk genetik.

#### *Genetisk vägledarutbildning*

Vid de genetiska enheterna i landet och hos vissa samarbetspartners inom onkologi och kardiologi finns sjuksköterskor anställda som genetiska vägledare. De har ingen formell utbildning för detta utan har fått intern utbildning i varierande grad. Svensk förening för medicinsk genetik (SFMG) har tillsammans med vägledarföreningen tagit fram en utbildningsplan som kan leda till en examination som av SFMG godkänd genetisk vägledare.

För att stötta denna process och ge möjlighet till formell utbildning på magister/mastersnivå framför allt för medarbetare i Södra sjukvårdsregionen har vi tagit fram ett koncept för en webbaserad genetisk vägledarutbildning omfattande två kurser om vardera 15 högskolepoäng, baskurs och fördjupningskurs som en uppdragsutbildning vid Medicinska fakulteteten, Lunds universitet. Baskursen har getts under hösten 2016 och våren 2017. En ny kursomgång av grundkursen planeras till 2018 då också fortsättningskursen kommer att ges första gången.

Att det finns ett färdigt koncept för en strukturerad genetisk vägledarutbildning tillgänglig även för personer som arbetar med genetisk vägledning utanför regionen är ett stort steg framåt mot att få till stånd en nationell plan för utbildning av genetiska sjuksköterskor och genetiska vägledare. Frågan har också lyfts till Socialdepartementet om att vägledartiteln på något sätt ska kunna skyddas för att på så sätt stärka vidimera en minimikompetens i klinisk genetik och genetisk vägledning hos personer som verkar som genetiska vägledare. En akademisk kurs inom ramen för ett mastersprogram ökar också möjligheterna till forskarutbildning och därmed forskning om genetisk vägledning.

### Riktade utbildningar för diagnosbärare, deras familjer och vårdgivare

Patienter och patientföreningar är ofta mycket välinformerade om forskning och nya behandlingsmetoder för den sjukdom som finns i familjen, många gånger bättre än vårdgivarna samtidigt som det kan vara svårt för dem att värdera den kliniska relevansen av enskilda forskningsresultat.

Genom att etablera kontakter med patientföreträdare och patientföreningar har vi kunna kartlägga deras önskemål om utbildningar. Vi har tagit fram en mall för att på ett utvärderingsbart sätt genomföra de utbildningar som vi har möjlighet att bidra med. Hittills har vi genomfört under 2016 och 2017 har vi bidragit till 2 utbildningsdagar per termin. Sammanlagt har ca 200 personer deltagit i dessa aktiviteter. Genom att anordna kontaktdagar för patientorganisationer kvällstid i alla förvaltningar har vi knutit kontakter för fortsatt samverkan och brukarinflytande.

### Personcentrerad vård

Som framgår av inledningen så upplevs brist på kontinuitet och kompetens hos många vårdgivare, speciellt inom vuxenvården. Just övergången från barnsjukvården upplevs av många patienter som svår. Inte nog med att barnläkarens holistiska syn ersätts av en mera organcentrerad vilket ställer större krav på att själv kunna orientera sig i vårdlandskapet. Framför allt gäller detta personer med multiorganproblematik. Brukaren/patienten blir också myndig och föräldraansvaret bortfaller. Frågan om arbete och/eller pension blir också aktuell liksom eget boende. Patienten kan behöva ett extra stöd som hjälp att orientera sig i sin nya tillvaro. CSD ska inom ramen för sitt uppdrag bidra till att göra övergången lättare för de brukare/patienter som har problem. Se vidare nedan.

### Expertgrupper

I rekommendationerna från Europeiska kommissionen framkommer ett önskemål om att man ska samla kompetens runt patienter och patientgrupper för att kunna erbjuda ett samlat grepp på vårdinsatsen. Vid CSD har vi tagit fram en mall för hur ett expertteam ska struktureras och erbjuder intresserade grupper av vårdgivare att bidra till att bygga ett expertteam. Hittills har 6 team etablerats och finns sökbara via vår hemsida. Arbete pågår att bilda ytterligare 4 team. Intresset att få hjälp med teambyggandet är stort bland vårdgivarna, men hastigheten med vilken team kan bildas begränsas av tidsbrist bland läkare och annan vårdpersonal.

### Webb/kommunikation

Vår verksamhet presenteras bland Region Skånes verksamheter på [1177.se](http://1177.se) och för vårdgivare på Vårdgivarwebben.

CSD presenteras även på Södra sjukvårdsregionens webbplats, [www.sodrasjukvardsregionen.se/CSD](http://www.sodrasjukvardsregionen.se/CSD). Enligt aktivitetsmätning för oktober 2017 har hemsidan haft ca 250 unika besök. Via webbsidan finns också möjlighet för patientorganisationer att presentera sina aktiviteter.

Projektet har en funktionsbrevlåda, [csd@skane.se](mailto:csd@skane.se) för kommunikation med patienter, anhöriga och vårdgivare. Det finns en telefon som är öppen vardagar kl. 9–11 och 13–16, Tel: 046-17 36 11.



Vi har även tagit fram eget informationsmaterial om vår verksamhet för patienter och vårdgivare, både som folders att dela ut och via vår webbsida.

Vi har besökt samtliga sjukhus i regionen och informerat om vår verksamhet. Separat har vi haft möten med patientorganisationer i samtliga regioner och landsting i Södra sjukvårdsregionen. Vi har deltagit i konferenser och möten med vår utställning för att synliggöra vår verksamhet.

### *Samverkan inom Södra sjukvårdsregionen*

#### Samverkan för att underlätta övergången till vuxenvården

För barn med en komplicerad ovanlig diagnos fungerar barnsjukvården med sitt helhetsperspektiv på patienten ofta tillfredställande. Barnläkarna har nationellt också samverkat i att ta fram många behandlingsrekommendationer för barn upp till 18 års ålder. För vuxna finns ofta inga eller få nationella eller lokala rekommendationer. Många ovanliga tillstånd saknar också en naturlig förankring vid en specialistvårdsenhet på grund av de många olika specialister som behövs för att täcka patientens behov av vård. De har många olika specialistvårdskontakter, men ingen som samordnar dessa vilket upplevs som frustrerande både för patienten själv och de olika vårdgivarna. Därför behövs samordning och stöd för diagnosbäraren t.ex. i form av kontaktsjuksköterskor.

Övergången barn-vuxen upplevs därför av såväl den unge vuxne som för föräldrarna som besvärlig då barnsjukvårdens helhetsperspektiv byts mot vuxenvårdens uppdelning i olika specialiteter. I dialog med företrädare för Barn och ungdomshabiliteringen, Rehabmedicin på Orup, Vuxenhabiliteringen, Barn- och vuxenneurologi och primärvårdsföreträdare, har vi en pågående diskussion om hur man t.ex. genom en samordnare, "patientlots", kan bistå diagnosbäraren och vårdgivarna i övergångsprocessen. En sådan funktion pilottestas under hösten 2017 inom ramen för ett arvsfondsprojekt som drivs av patientföreningen Sällsynta diagnoser i samverkan med CSD-sydöst. Vi räknar med att kunna ha en för vår verksamhetsmodell anpassad variant klar till våren 2018. I detta arbete ingår etableringen av förvaltnings-specifika noder för dem som i vuxen ålder inte behöver kontinuerlig vårdkontakt med den högspecialiserade vården (se nedan).

#### Samverkan med diagnostiska centra

Bland de ärftliga syndrom som debuterar i barnåren och med behov av regelbunden vårdkontakt är det enbart en mindre del som kommer att ha kontakt med barnhabilitering och sedan vuxenhabilitering. Efter 18 års ålder blir det inte sällan primärvården som får huvudansvar för uppföljningen och patienterna blir då utspridda på många olika vårdgivare som har behov av kompetensstöd.

För vuxna personer med en sällsynt diagnos och ett kroniskt vårdbehov som inte kräver kontinuerlig specialistvård är allmänläkaren den naturliga samordnande vårdgivaren. Primärvården upplever dock att de på grund av tillståndets sällsynthet och då finns det ofta lite och ofta svåråtkomlig information om behandling och prognos, inte har kompetensen att ansvara för dessa diagnosbärare.

Ett sätt att bidra till att både specialister utanför den högspecialiserade vården och primärvårdens medarbetare kan känna trygghet i kontakten med dessa diagnosbärare är att utnyttja den utredningskompetens som finns vid de Diagnostiska centra (DC) som byggts upp i Södra sjukvårdsregionen. Vid DC finns en samlad diagnostisk kompetens som också kan utnyttjas för dem med en ovanlig diagnos. I Kristianstad (Förvaltning KrYH) har vi knutit en medarbetare till DC och i Kronoberg finns en medarbetare kopplad till medicinsk rehabilitering som lokal samordnare. Inom övriga förvaltningar pågår ett arbete med att knyta en CSD-medarbetare, en vägledarutbildad sjuksköterska, på hel eller deltid, tillsammans med en genetisk konsultläkare till respektive DC.

För samverkan inom den högspecialiserade vården på SUS måste en annan modell provas och diskussioner med ledningsgruppen pågår. En lösning är delvis kopplad till de åtgärder som kommer att föreslås nationellt med anledning av de båda utredningar som publicerats under 2015 och 2016.

#### Samverkan med andra organisationer

Vi har etablerat kontakter förutom med brukarorganisationer i Södra sjukvårdsregionen, med Patientnämnderna, Försäkringskassan, Skånes kommunförbund, Tandvårdshögskolan i Malmö och Folktandvårdens kunskapscentrum i avsikt att kunna arbeta integrerat med vårdprogramarbete kompetensutveckling och utbildning.

Ett nationellt projekt, Clinical Genomics Sweden har nyligen startats utgående från den nationella forskningsplattformen SciLifeLab i Uppsala och Stockholm ([www.scilifelab.se](http://www.scilifelab.se)). Avsikten är att bereda möjlighet för sjukvården att dra nytta av den kunskapsmassa som forskningen inom genetik (analyser avseende hela arvsmassan) kommer att generera och sätta denna i ett kliniskt användbart sammanhang. Här kommer den samlade kompetensen vid CSD, klinisk genetik och expertgrupperna vara viktiga.

Samverkan med övriga CSD; NFSD, Ågrenska stiftelsen, patientföreträdare och andra nationella aktörer har skett genom Socialstyrelsens referensgrupp för NFSD-projektet och det är viktigt för framtiden att man finner hållbara strukturer för fortsatt samverkan för att uppnå bästa möjliga harmonisering av vården över hela landet.

## II. AVSEENDE DEFINITION, KODNING OCH INVENTERING AV SÄLLSYNTA SJUKDOMAR

### *Diagnosregister där vårdförloppet för den enskilde patienten enkelt kan följas*

Befintliga sätt att registrera vårdtagare i ICD10 är inte tillräckligt för att identifiera enskilda sällsynta diagnoser. I nästa version av ICD, ICD11, som är i slutfasen av färdigställande kommer det att finnas en hjälpkod för sällsynta diagnoser.

Då det är oklart när ICD11 kommer att tas i bruk finns ett stort behov av ett register för sällsynta diagnoser för att bättre identifiera en enskilda diagnoserna och bilda sig en uppfattning om behov och utnyttjande av vård och omsorg. Detta är också viktigt ur ett nationellt och europeiskt perspektiv då sällsyntheten gör att man kan behöva rekrytera patienter från många länder för t.ex. epidemiologiska eller behandlingsstudier. Inom ramen för EU medlemsstaternas satsning på jämlik vård för sällsynta sjukdomar pågår ett arbete med att ta fram gemensamma variabler att användas i nationella eller regionala register.

Det finns ett nationellt samförstånd mellan de olika CSD och de kliniskt genetiska enheterna i landet om nödvändigheten av ett gemensamt register för ovanliga diagnoser, men resurser för detta saknas.

CSD har av denna anledning i enlighet med sitt uppdrag utvecklat ett regionalt kvalitetsregister tillsammans med Epidemiologiskt registercentrum (ERC) i Region Skåne. Kvalitetsregistret utvecklas på ERC:s plattform 3C. Registret ger även möjligheter för de enskilda expertteam som så vill att separat registrera teamspecifik information. Registret har godkänts av Region Skånes Samrådsgrupp - Kvalitetsregister, vårdinformationssystem och beredning (S-KVB), beslut 218/16.

För att underlätta en eventuell framtida nationell registersamverkan har CSD samverkat med framför allt CSD vid Karolinska universitetssjukhuset för att ta fram gemensamma basvariabler av vikt för att facilitera forskning om enskilda ovanliga diagnoser.

### III. AVSEENDE FORSKNING OM SÄLLSYNTA SJUKDOMAR

#### *Kvalitetsregister*

Ett fungerande kvalitetsregister är av stor vikt för att kunna identifiera de enskilda sällsynta diagnoserna. ICD10 ger en begränsad möjlighet då diagnoskoderna ofta inte är specifika för den enskilda ovanliga diagnosen varför ett särskilt register är av stor vikt för forskning och verksamhetsutveckling. Se även under punkten II.

CSD i Sverige har tillsammans med forskare inom Clinical Genomics Sweden skickat in en ansökan till Vetenskapsrådet om bidrag till att utveckla ett nationellt register inom ramen för en utlysning av anslag för forskningsinfrastruktur.

#### *Kartläggning av enskilda diagnoser*

Förlopp och prognos för enskilda sällsynta diagnoser är många gånger dåligt karakteriserade. Av denna anledning är det många gånger nödvändigt att genomföra en inventering av de personer som har en enskild ovanlig diagnos för att få reda på vilket vårdbehov som finns och för att kunna skapa en strukturerad vådrekommandation för vuxna med ryggmärgsbråck som bas för individuella vårdplaner såsom vi bidragit till avseende ryggmärgsbråck.

En övergripande bedömning av aktuella medicinska behov hos 51 personer med ryggmärgsbråck gjordes baserad på all insamlad och övrig tillgänglig information. Hälften av alla deltagare (26/51) bedömdes ha behov av någon icke tidigare planerad medicinsk bedömning, utredning och/eller åtgärd. Endast var fjärde vuxen med ryggmärgsbråck hade tillfredsställande medicinsk uppföljning enligt den övergripande bedömningen av de uppgifter som framkom under inventeringen. Rapporten, "Vuxna födda med ryggmärgsbråck i Södra sjukvårdsregionen – nya överlevare med sällsynt tillstånd och komplexa behov" finns som helhet publicerad på MMCUP:s hemsida: <http://mmcup.se/wp-content/uploads/2016/11/Rapport-vuxen-MMC-projekt-SSVR-2016.pdf>. (MMCUP = MyeloMeningoCele UPpföljningsprogram)

Det finns behov för fler motsvarande kartläggningar av enskilda diagnoser och diagnosgrupper för att kunna ta fram vårdprogram och enskilda vårdplaner och det är CSDs avsikt att tillsammans med vårdgivarna fortsätta detta kartläggningsarbete.

#### *Team för odiagnostiserade sällsynta tillstånd*

Avsaknad av diagnos är ett stort trauma för patienten och familjen, och man upplever ofta att man får en sämre vård än om man blir glömd av vårdgivarna. Med hjälp av genomisk diagnostik (undersökning av hela arvsmassan) kan man i många fall finna den underliggande genetiska skadan vilket leder till att man från sjukvårdens sida får en diagnos och kan sluta utreda och kanske finna någon form av behandling. För patienten innebär detta en trygghet och en identitet, en tillhörighet.

En stor del av personer med ett sällsynt tillstånd får inte någon diagnos vid utredning enligt de utredningsprinciper som tillämpas i vården idag. Detta gäller såväl barn som vuxna. I många fall har patienten multipla funktionshinder med eller utan intellektuell funktionsnedsättning, ett syndrom.

Syndromologi är läran om missbildningar och hur de uppkommer. En satsning för att förbättra diagnostiken av sällsynta tillstånd, framför allt hos barn med multipla missbildningar och funktionshinder ingår i CSD:s uppdrag. CSD har i samverkan med andra medicinska specialiteter, främst inom barnmedicin, tagit fram en modell för en fördjupad samverkan, en syndromologisk rond. Vi arbetar nu med att utveckla denna så att intresserade medarbetare i hela regionen ska kunna delta via videolänk, alternativt genom att rondan anordnas vid behov vid de olika förvaltningarna i Södra sjukvårdsregionen.



Även i de fall där det ärftliga syndromet debuterar först i vuxen ålder kan symtomen komma från många olika organ och familjebilden vara otydlig. Ofta missas en genetisk diagnos inom primärvården och det är oklart var i specialistvården som en utredning ska göras. Här kan samverkan med Diagnostiska centra där det finns en samlad kompetens för att bedöma oklara symptom att kunna förbättra utredningsgången.

Det är i detta sammanhang viktigt att CSD, i likhet med bl.a. CSD vid Karolinska sjukhuset, får möjligheter att genomföra genomiska utredningar. Under projekttiden har detta varit möjligt enligt de principer som gäller för cancertgenetiska utredningar vid Genetiska kliniken. Den expertbedömning som föregår beslut om genomisk utredning borgar för att det medicinska och vetenskapliga underlaget är bästa möjliga och minimerar sannolikheterna för ett ostrukturerat utnyttjande av denna diagnostik.

### *Utbildning*

Den utbildning i genetisk vägledning som tagits fram vid CSD är unik i landet och ger möjlighet för fortsatta akademiska studier och forskning om ovanliga diagnoser och genetisk vägledning.

## **IV. AVSEENDE KOMPETENSCENTRUM OCH EUROPEISKA REFERENSNÄTVERK FÖR SÄLLSYNTA SJUKDOMAR**

CSD samverkar nationellt med övriga CSD och Nationella funktionen för sällsynta diagnoser, NFSD för att utveckla diagnostiska nätverk och expertteam.

Inom Europeiska unionen har Generaldirektoratet för hälsa tagit initiativ till att samla den europeiska expertisen om ovanliga diagnoser i ett drygt 20-tal olika nätverk. Denna process har påbörjats under 2016 och vi följer processen för att genom våra expertteam kunna börja samverka efter hand som nätverken etableras.

Vi samverkar med Union of European Medical Specialists (UEMS) i en tvärfacklig arbetsgrupp om sällsynta och odiagnostiserade diagnoser. Avsikten är att bidra till harmonisering och kvalitetssäkring av utbildning mellan de olika Europeiska expertnätverken.

### *Riktlinjer/vårdprogram/expertnätverk*

Inom CSD har vi tagit fram en modell/struktur för processen att etablera nätverk. Den bygger på de nationella rekommendationerna. "Kriterier gällande för expertteam inom Centrum för Sällsynta Diagnoser i Sverige" ([www.nfsd.se](http://www.nfsd.se)) som har kopierats av alla CSD.

Vårt ansvar är att bidra till att skapa den infrastruktur som expertnätverken ska arbeta inom. Expertnätverket ansvarar för innehållet i den dokumentation och de vårdplaner och vårdprogram som upprättas. I samverkan med expertnätverken erbjuder vi utbildningar för såväl professionen som diagnosbärarna och deras familjer. Dessa dokument ska årligen uppdateras.

Sex expertnätverk har etablerats och vi arbetar kontinuerligt och parallellt med etablering av 2-3 nya nätverk åt gången. Expertnätverk etableras efter intresseanmälan från medarbetare inom sjukvården (i första hand SUS) och vi har en pågående dialog med medarbetare och chefer om nya etableringar. Nätverkens struktur finns publicerade på vår hemsida. Ett stort problem i arbetet med expertnätverk är bristande tid att prioritera detta arbete bland kollegorna.

Avsikten är att regionala expertteam ska samverka nationellt så att de rutiner som byggs upp ska vara nationella. I de fall det inte finns regionalt expertteam bör vårdgivaren, i samverkan med CSD, ta fram individuella vårdplaner i medverkan av nationellt expertteam eller med det Europeiska



referensnätverket. I detta arbete ingår att identifiera de lokala och regionala experter som kan medverka i arbetet med vårdprogram och vårdplaner.

Vi bidrar i arbetet med att ta fram regionala vådrekommandationer för Ehler-Danlos syndrom och är aktiva i ett nationellt vådrekommandationsarbete för Prader-Willisyndromet i NFSDs regi.

## V. AVSEENDE SAMLANDE AV EXPERTIS OM SÄLLSYNTA SJUKDOMAR PÅ EU-NIVÅ

Genom expertteamen kan vi stötta befintliga nätverk och bidra till att bygga nya nationellt, inom EU och internationellt. Vi kan stärka den lokala kunskapen även om mycket sällsynta tillstånd genom att synliggöra denna samverkan. Se även under punkten VI

## VI. AVSEENDE PATIENTORGANISATIONERS EGENMAKT

Vi har etablerat ett nätverk med mer än 30 patientorganisationer med medlemmar inom Södra sjukvårdsregionen. En enkät vi genomfört har visat att man efterfrågar utbildningar både för egen del och för den vårdpersonal man möter. En annan brist som lyfts fram av många är avsaknaden av psykolog/psykiatrisk hjälp för att lära sig leva med sitt funktionshinder. Vid CSD finns inom ramen för befintliga resurser och uppdrag ingen möjlighet att erbjuda individuell hjälp.

CSD har under den gångna perioden genomfört flera patientutbildningar och utbildningstillfällen för vårdgivare, både i form av föreläsningar för större grupper eller som klinikbesök för att presentera verksamheten. Vi planerar att tillsammans årligen genomföra 2-4 utbildningstillfällen.

Vi har samverkat med patientorganisationerna i anordnande av aktiviteter för att uppmärksamma Sällsynta dagen 29 februari 2016 och 28 februari 2017 genom utställningar i entréhallen på Blocket i Lund. Medarbetarna har också varit ute på samtliga större sjukhus i regionen med vårt informationsbord och planerar under våren en turné även till de mindre sjukhusen. Detta har vi för avsikt att upprepa kommande år.

Vi medverkar i ett projekt delvis bekostat av Allmänna arvsfonden som drivs av Patientföreningen Sällsynta diagnoser. Projektet "Gemensamt lärande – samverkan mellan patienter och vårdgivare" vill utveckla ett förhållningssätt där båda parter arbetar tillsammans för att uppnå bästa möjliga hälsa och välbefinnande vård för patienten. Socialstyrelsen stödjer projektet bland annat genom att upplåta möteslokaler. Projektet leds av Centrum för personcentrerad vård (GPCC) i Göteborg och de olika CSD i landet är samarbetspartners.

## VII. AVSEENDE HÅLLBARHET

Att etablera ett Centrum för sällsynta diagnoser är ett långsiktigt projekt som måste ske i samklang med vårdens medarbetare och inom dess strukturer. Det gäller att finna de möjligheter som erbjuds inom befintlig vårdstruktur och använda dem för att utveckla och förbättra den helhetssyn på vård och omsorg som finns inom vuxenvården. Genom att tillsammans med diagnosbäraren och dess anhöriga ta fram vårdplaner som bygger på en patientcentrerad vård och omsorg kan detta uppnås. CSD har under projekttiden påbörjat detta arbete och testat olika framkomliga vägar och under de närmaste åren fortsätta arbetet med att konsolidera de processer som byggts upp och inom ramen för uppdraget och i samverkan med diagnosbärare och vårdgivare utveckla nya. Södra sjukvårdsnämnden har beslutat att verksamheten efter projekttidens slut 2017-12-31 ska ingå i ordinarie verksamhet med solidarisk finansiering.

## Avslutning

Projekt tar alltid längre tid i sin uppstart än vad som planerats. Detta kan bland annat hänföras till trögheten i en stor organisation; att kunna nå ut till ledningsgrupper och medarbetare tar tid, men också av att rekryteringsarbetet för att finna de rätta medarbetarna har tagit längre tid än förväntat. Dock har alla kontakter vi haft varit positiva, både från allmänhet, patienter, patientorganisationer och vårdgivare. Många har varit nyfikna och bidragit till att projektet utvecklats.

Under de tre projektåren har olika praktiker utifrån uppdraget prövats och det finns nu ett antal utprovade plattformar som grund för den fortsatta verksamhetens utveckling när den blir en del av den patientorienterade verksamheten inom klinisk genetik.

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Delprojekt 4. Ortopedi – axelkirurgi – nyckelbenskirurgi, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Lenza et al publicerade 2013 en systematisk sammanställning avseende evidensläget för kirurgisk jämfört med icke-kirurgisk behandling av felställda frakturer i nyckelbenets mellersta del. Man sammanfattade då att det inte fanns tillräckliga bevis för att säkerställa huruvida kirurgisk eller icke-kirurgisk var att fördröja för behandling av dessa frakturer.

Det sammantagna resultatet från dessa båda sammanställningar finner inga vetenskapliga belägg för att styrka att kirurgisk behandling ger bättre resultat än icke-kirurgisk behandling för denna patientgrupp. Detta resultat bör beaktas vid formuleringen av behandlingsriktlinjer i Södra sjukvårdsregionens verksamheter.

I ärendet förelåg skrivelse 2017-11-21 från Södra Regionvårdsnämndens kansli inkl slutrapport.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2017-11-21.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-11-21, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Delprojekt 4. Ortopedi - axelkirurgi – nyckelbenskirurgi, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2017-11-21.

### **Bakgrund**

Lenza et al publicerade 2013 en systematisk sammanställning avseende evidensläget för kirurgisk jämfört med icke-kirurgisk behandling av felställda frakturer i nyckelbenets mellersta del. Man sammanfattade då att det inte fanns tillräckliga bevis för att säkerställa huruvida kirurgisk eller icke-kirurgisk var att fördrö för behandling av dessa frakturer.

När alla randomiserade kontrollerade studier inkluderats som publicerats efter Lenza 2013 och gjorts blir slutsatsen oförändrad.

Det sammantagna resultatet från dessa båda sammanställningar finner inga vetenskapliga belägg för att styrka att kirurgisk behandling ger bättre resultat än icke-kirurgisk behandling för denna patientgrupp. Detta resultat bör beaktas vid formuleringen av behandlingsriktlinjer i Södra sjukvårdsregionens verksamheter.

Rita Jedlert  
Direktör

## Rapport från delprojekt 4 Ortopedi – axelkirurgi – nyckelbenskirurgi 171121

Arbetet har genomförts av Richard Frobell; Henrik Ahlberg; Leif Dahlberg; Sebastian Ström Rönquist; Petra Petersson med stöd HTA gruppen under ledning av Martin Laurell.

### Aktuellt hälsoproblem

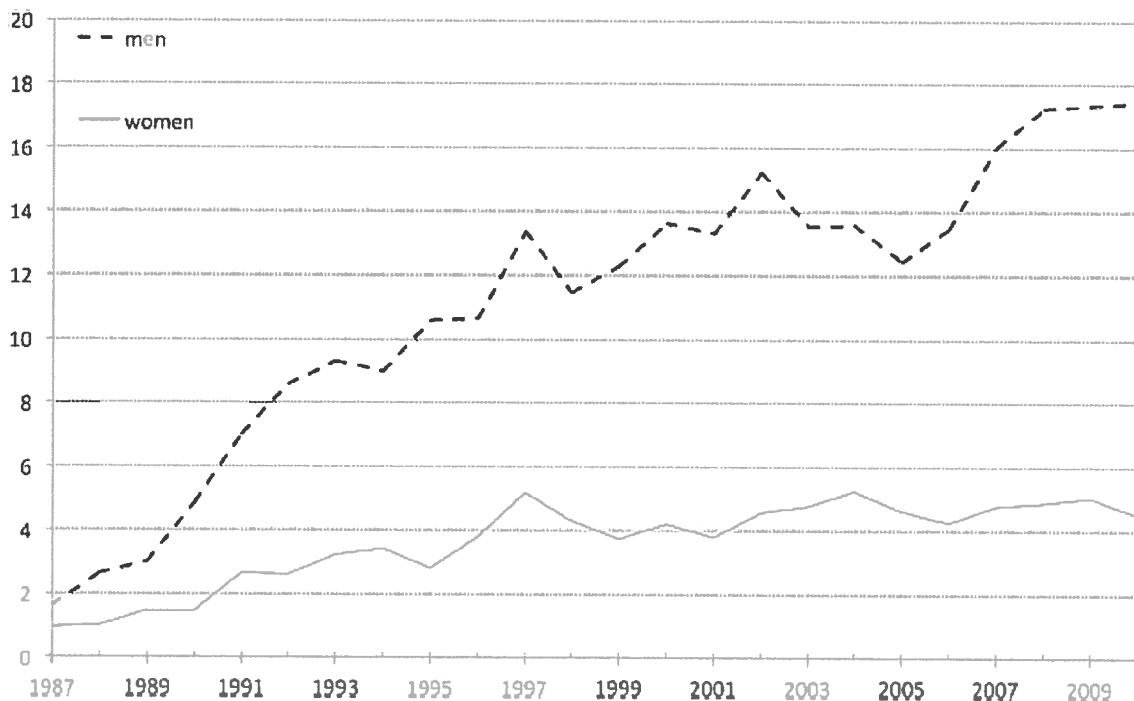
Nyckelbensfrakturer utgör 3-4% av alla frakturer hos vuxna och är oftast belägen i den mellersta delen av benet. Frakturerna kan behandlas kirurgiskt eller icke-kirurgiskt. Drygt en tredjedel av nyckelbensfrakturerna är utan felställning och behandlas icke-kirurgiskt med gott resultat.

Majoriteten av frakturerna är dock felställda och i dessa fall går åsikterna isär om icke-kirurgisk eller kirurgisk behandling resulterar i, ur patientens perspektiv, bäst resultat. Tidigare systematiska översiktsartiklar (Lenza 2013) har påtalat att evidensen är otillräcklig för att avgöra om kirurgisk eller icke-kirurgisk behandling av nyckelbensfrakturer ger bäst resultat.

Vid icke-kirurgisk behandling finns en osäkerhet om att frakturen läker i tillräcklig omfattning eller inte, dessutom finns misstanke om att patienter inte är nöjda med det kosmetiska resultatet. Vid kirurgisk behandling är utebliven läkning ovanlig men däremot förekommer fler komplikationer såsom infektioner och ytterligare operationer, hud- och nervproblem etc.

En kraftigt ökande trend för kirurgisk behandling har rapporterats från Finland under perioden 1987 till 2010 (Figur 1, Huttunen et al 2013). Enligt data från det Svenska frakturregistret 2013-14 (Kihlström 2017) behandlades 21% av de felställda mellersta nyckelbensfrakturerna primärt med kirurgi. Med tanke på det mycket tveksamma evidensläget kan man fråga sig om denna ökning och incidens av kirurgisk behandling är rättfärdigad ur ett evidensperspektiv.

Figur 1. Incidensen per 100 000 innevånare och år av kirurgiskt behandlade nyckelbensfrakturer hos vuxna i Finland under perioden 1987 till 2010 (Huttunen et al 2013)



## Beskrivning och bakgrundsinformation

Kirurgisk behandling vid nyckelbensfraktur har ökat kraftigt under de senaste decennierna trots att ingen nämnvärd förändring av evidensläget skett (Figur 1, Huttonen et al. 2013). Under perioden 2007-2011 ökade exempelvis antalet kirurgiska fixationer av nyckelbensfrakturer i USA med 61.5% (Naimark et al). En färsk rapport från det svenska frakturregistret visar att drygt var femte (21%) mittdiafysär nyckelbensfraktur opererades under perioden 2013-14, huvudsakligen med anatomisk plattfixation (Kihlström et al. 2017). Förutom en ökad risk för komplikationer på individnivå blir konsekvensen av ökad kirurgisk behandling en undanträngningseffekt av andra, och kanske mer angelägna, ortopediska operationer.

En generell ökning av antalet kirurgiska behandlingar av axelleden uppmärksammades av Södra sjukvårdsregionens verksamhetschefer i ortopedi. Med anledning härav uppdrog det regionala chefsområdet Ortopedi Södra sjukvårdsregionen åt Richard Frobell att samla en grupp experter för att genomföra en granskning av evidensläget enligt HTA modell. Gruppen beslutade att starta med att granska evidensläget kring behandling av felställda frakturer i nyckelbenets mellersta del.

## Förväntad patientnytta och annat mervärde

Den uppenbara nyttan för Södra sjukvårdsregionens patienter blir att verksamhetscheferna inom ortopedin bereds med ett evidensbaserat kunskapsunderlag för beslut om hur denna åkomma bör behandlas för att uppnå bästa resultat med minsta möjliga risk.

## Fokuserad fråga för analys

- Ger kirurgisk behandling av felställda frakturer i nyckelbenets mellersta del bättre resultat än icke-kirurgisk behandling?

## Sammanfattning av resultat från inkluderade studier

### Kirurgisk jämfört med icke-kirurgisk intervention

Meta-analysen i denna rapport bygger på randomiserade kontrollerade studier som publicerats efter den litteratursökning som gjordes i Lenza et al 2013. Sammanfattningsvis kan sägas att den metodologiska kvaliteten överlag är låg och ingen av de studier som inkluderats här har bättre än medelhög vetenskaplig kvalitet.

### O1: Funktion, rörlighet, kraft.

Meta-analysen i denna rapport fann inga kliniskt relevanta skillnader i axelfunktion mätt med Constant score eller DASH mellan de som behandlats med plattfixation jämfört med de som behandlats icke-kirurgiskt.

### O3a+b: Oplanerade operationer

I begreppet oplanerade operationer ingår rapporterade nödvändiga operationer på de som slumpats till icke-kirurgisk behandling, ofta pga symptomatisk utebliven frakturläkning. Begreppet innefattar emellertid även rapporterade ytterligare (sekundära) operationer på de som slumpades till initial kirurgisk behandling. Dessa kan delas in i två grupper, operationer som genomförts pga symptom som utebliven läkning eller obehag av platta eller de som betingats av mekaniskt haveri (e.g metodproblem). Den senare är förstås enbart applicerbar på individer som behandlats kirurgiskt.

Vi fann en stor variation avseende detta utfall mellan de inkluderade rapporterna. Vi finner anledning att tro att vissa studier inkluderat operationer som innebär borttagande av platta inom studiens uppföljningstid medan andra genomfört denna kirurgiska åtgärd efter studiens slut. I vår sammanställning fann vi ingen statistiskt signifikant skillnad i risken för att genomgå oplanerad kirurgi mellan de som initialt behandlats kirurgiskt (n=500) eller icke-kirurgiskt (n=510). Däremot var

riskan att drabbas av mekaniskt haveri statistiskt signifikant högre hos de som initialt behandlats kirurgiskt (n=73) jämfört med de som initialt behandlats icke-kirurgiskt (n=100).

#### O3c+d Utebliven läkning

Vid analys av utebliven läkning är det viktigt att poängtera att man i forskningssammanhang genomför och bedömer röntgenbilder av frakturen oavsett om patienten rapporterar symptom eller ej; i den kliniska vardagen genomgår endast patienter med symptom röntgenundersökning.

Sammanställningen i denna rapport visar en tydlig och statistiskt signifikant ökad risk för utebliven läkning, med eller utan symptom, hos de som initialt behandlas icke-kirurgisk jämfört med de som genomgår kirurgisk fixation.

#### O5: Återgång till arbete

Vi fann en statistiskt signifikant snabbare återgång i arbete för de som initialt behandlades med kirurgisk fixation (n=203) jämfört med de som genomgick icke-kirurgisk behandling (n=235). Skillnaden var dock liten (medel 0.7 veckor) och saknar klinisk relevans.

#### O6: Komplikationer

Rapporteringen av komplikationer varierade mellan de inkluderade rapporterna liksom kategoriseringen mellan allvarliga och mindre allvarliga komplikationer. Frånsett hanteringen av symptomgivande utebliven läkning var bedömningen av rapporterade allvarliga och mindre allvarliga komplikationer relativt lika.

Vi fann en statistiskt signifikant högre risk att drabbas av allvarliga komplikationer för de som initialt behandlades icke-kirurgiskt (n=217) jämfört med de som behandlades kirurgiskt (n=238). Skillnaden betingades dock helt av att en symptomgivande utebliven läkning kategoriserades som en allvarlig komplikation i de ingående studierna. Beaktat resultatet av analysen för oplanerade operationer (O3a+b) är det tveksamt om en operation pga utebliven läkning är en mer allvarlig komplikation än de ytterligare operationer som genomförts på den initialt opererade gruppen.

Vi fann även en statistiskt signifikant högre risk att drabbas av mindre allvarliga komplikationer för de som initialt behandlades med kirurgisk fixation (n=382) jämfört med de som genomgick icke-kirurgisk behandling (n=399). Exempel på rapporterade mindre allvarliga komplikationer är känselbortfall i området, besvärande ärrbildning och frusen skuldra syndrom (Figur 6).

### **Slutsats**

Lenza et al publicerade 2013 en systematisk sammanställning avseende evidensläget för kirurgisk jämfört med icke-kirurgisk behandling av felställda frakturer i nyckelbenets mellersta del. Man sammanfattade då att det inte fanns tillräckliga bevis för att säkerställa huruvida kirurgisk eller icke-kirurgisk var att föredra för behandling av dessa frakturer.

Vi har i denna sammanställning inkluderat alla randomiserade kontrollerade studier som publicerats efter Lenza 2013 och gjort en sammanställning som kommer fram till en oförändrad slutsats. Det sammantagna resultatet från dessa båda sammanställningar finner inga vetenskapliga belägg för att styrka att kirurgisk behandling ger bättre resultat än icke-kirurgisk behandling för denna patientgrupp. Detta resultat bör beaktas vid formuleringen av behandlingsriktlinjer i Södra sjukvårdsregionens verksamheter.

Arbetet har genomförts av Richard Frobell; Henrik Ahlborg; Leif Dahlberg; Sebastian Ström Rönquist; Petra Petersson med stöd HTA gruppen under ledning av Martin Laurell.

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Delprojekt 6 Ortopedi – öppen bäckenkirurgi, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Inom samverkansprojektet i Södra sjukvårdsregionen har ett delprojekt hanterat frågan kring att koncentrera operationskrävande traumatiska bäckenskador till Skånes universitetssjukhus så att kompetensen kan samlas och utvecklas. De förändringar av den regionala arbetsfördelningen som föreslås, skall utgå från patientprocessen samt beakta såväl kvalitet och patientsäkerhet som resurser, kompetensförsörjning och FoUU inom området.

I ärendet förelåg skrivelse 2017-10-31 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2017-10-31.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-11-21, Södra Regionvårdsnämndens kansli

2017-10-31

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Delprojekt 6. Ortopedi – öppen bäckenkirurgi, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2017-10-31

### **Bakgrund**

Inom samverkansprojektet i Södra sjukvårdsregionen har ett delprojekt hanterat frågan kring att koncentrera operationskrävande traumatiska bäckenskador till Skånes universitetssjukhus så att kompetensen kan samlas och utvecklas. De förändringar av den regionala arbetsfördelningen som föreslås, skall utgå från patientprocessen samt beakta såväl kvalitet och patientsäkerhet som resurser, kompetensförsörjning och FoUU inom området.

Rita Jedlert  
Direktör

## Projekt regional arbetsfördelning

### Rapport

### Delprojekt 6 Ortopedi – öppen bäckenkirurgi

#### Sammanfattning/förslag

Instabila bäckenfrakturer som behöver opereras föreslås centraliseras till Skånes universitetssjukhus (SUS) i enlighet med beslut i Chefsamråd Ortopedi i Södra Sjukvårdsregionen (SSR) 2017-10-23.

#### Uppdrag

Gruppen "Regional arbetsfördelning i SSR" gav i december 2016 i uppdrag åt gruppen "Chefsamråd Ortopedi i SSR" att ta fram ett förslag att koncentrera operationskrävande traumatiska bäckenskador till Skånes universitetssjukhus så att kompetensen kan samlas och utvecklas. De förändringar av den regionala arbetsfördelningen som föreslås, skall utgå från patientprocessen samt beakta såväl kvalitet och patientsäkerhet som resurser, kompetensförsörjning och FoUU inom området. Undertecknad fick i uppdrag att leda utredningen.

#### Bakgrund

Bäckenfrakturer inkluderar hela bäckenet och brukar indelas i bäckenringsskador och acetabulumskador (ledpannan i bäckenet som tillsammans med lårbenet bildar höftleden). Den största andelen bäckenfrakturer drabbar patienter som är äldre och vid lågenergitrauma så som fall i samma plan. Dessa frakturer brukar vanligen omhändertas utan kirurgisk behandling och avses *ej* i detta delprojekt.

De bäckenring- och acetabulumskador som drabbar patienter vid högenergetisk skada så som trafikolycka, hästolycka, fall från hög höjd/byggnad, ger potentiellt instabila skador men är relativt sällsynta. Patienterna har ofta andra komplicerande skador i såväl bäckenregion, extremiteter, rygg, buk, thorax och skalle. Många discipliner av högspécialistvården behöver utnyttjas, som enbart finns samlade på SUS i SSR.

En god kirurgisk träning behövs för att ta hand om patienter med dessa skador varför vård av dessa skador varit föremål för utredning av Socialstyrelsen 2010 och Rikssjukvård. Rekommendationen blev att dessa tillstånd skulle skötas på ett fåtal ställen för att ge gott omhändertagande och god kirurgisk träning (1), men uppfyllde inte fullt kriterierna för Rikssjukvård. Stöd för att samla denna vård stöds också generellt av Rapporten SOU 2015:98 - Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa (2). I Sverige behandlas idag de flesta patienter med acetabulumfrakturer och bäckenringsskador som behöver kirurgi på Karolinska Universitetssjukhuset KS (Stockholm), Skånes Universitetssjukhus SUS (Malmö-Lund), Sahlgrenska Universitetssjukhuset SU (Göteborg), Uppsala Akademiska Sjukhus UAS (Uppsala) och Universitetssjukhuset i Linköping US (Linköping) (3).

#### Inventering i Södra sjukvårdsregionen

Fram till 2016 opererade merparten av bäckenring- och acetabulumskador i SSR på SUS. Kristianstad hade under en period två bäckenfrakturkirurger, varför de gjorde enstaka ingrepp dvs ca 5 operationer 2015 och 2016 vardera. Halmstad skickade tidigare av halländsk tradition sina patienter till SU (Göteborg) motsvarande ca 1 patient/år. SUS har senaste åren utfört ca 20-30 av dessa operationer per år. Fr o m sommaren 2017 skickas nu alla patienter i SSR med kirurgiskrävande bäckenfrakturer, även från Kristianstad och Halmstad, till SUS.

SUS har bemanning av bäckenfrakturkirurg alla veckor under hela året sedan några år tillbaka och har en kompetensmässigt god spridning i ålder på dessa. Operationerna har utförts på SUS av

samma operatörer och såväl i Lund som i Malmö. Patienten har antingen redan legat på SUS Lund t ex pga skallskada eller på SUS Malmö t ex pga ryggskada och då har patienten oftast inte flyttats utan kirurgerna har samlats på den enhet där patienten varit. Patienter från regionen har flyttats från hemsjukhuset till den ort på SUS där resurserna vid varje enskilt tillfälle varit bäst. I linje med beslutet att lägga SUS Traumacenter i Lund så kommer dessa operationer och patienter på sikt att endast utföras i Lund, men förutsättningar för det i nuläget finns inte.

### **Utredning och implementering**

Samtliga verksamhetschefer på ortopediklinikerna i SSR, Chefssamrådet, har varit involverade i förslaget, i inventeringen och diskussionerna avseende att centralisera bäckenfrakturkirurgin till SUS och har varit eniga.

Vi har 1) förtydligat kontaktväg till SUS, 2) utarbetat checklista inför transport till/från hemsjukhus samt 3) formaliserat och tydliggjort direktiv om uppföljning på SUS/hemsjukhus. Idag finns generellt sparsamt med forskning i världen om bäckenfrakturkirurgi. I kvalitetsuppföljningar och framtida forskningsprojekt ingår att involvera patienter.

Centraliseringen av bäckenfrakturkirurgin till SUS i SSR medför relativt små förändringar, då SUS redan idag hanterar majoriteten av denna kirurgi inom SSR. Samtidigt brottas SUS idag med vårdplatsbrist och brist på operationskapacitet.

SUS, liksom övriga universitets- och icke-universitetssjukhus, har uttalade utmaningar att upprätthålla sjukvårdens behov av operationskapacitet. Den främsta orsaken härför är brist på utbildade operationssjuksköterskor. Det finns därför en möjlighet att utökad uppdrag för bäckenfrakturkirurgi på SUS kan komma att innebära undanträngningar av annan typ av operationsverksamhet. Vid alla utökningar av operationsbehov finns därför en rutin att lyfta ärendet till Styrgrupp Anestesi/Operation på SUS. Styrgrupp Anestesi/Operation på SUS har behandlat ärendet och är eniga i beslutet att all bäckenfrakturkirurgi i SSR ska utföras på SUS.

### **Referenser**

(1) "Svåra bäckenrings- och acetabularfrakturer som rikssjukvård". Underlag till Rikssjukvårdsnämnden möte den 16 juni 2010. Socialstyrelsen

(2) SOU 2015:98 Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa "Utredningens bedömning: ...gäller områden som kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder att sjukhus och personal som har gjort många åtgärder eller ingrepp uppvisar bättre patientresultat i form av minskad dödlighet, färre komplikationer och bättre funktionsförmåga. ... utgångspunkten är att träning ger färdighet inom alla områden ." ...

(3) "Årsrapport Svenska Frakturregistret 2016", sidan 20-22.

Lund 2017-10-31

My von Friesendorff,  
Sektionschef, Överläkare,  
VO Ortopedi, Skånes Universitetssjukhus

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Delprojekt 10. Kompetensförsörjning inom Medicinsk teknik, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Inom samverkansprojektet i Södra sjukvårdsregionen bedrivs ett antal delprojekt där ett har hanterat kompetensförsörjning inom Medicinsk teknik inom Södra sjukvårdsregionen.

Det finns ett behov av att utbilda den medicintekniska personalen regionalt/lokalt för att minimera tidsåtgången samt kostnaderna för utbildning. Dialog har förts om hur dessa utbildningar kan genomföras på bästa vis.

Förslaget från denna projektgrupp är att bilda arbetsgrupp för att se över möjligheterna att skapa gemensam utbildning i bemötande (vårdpersonal men även till viss del patient) samt ett gemensamt utbildningskoncept för förbättringsarbete.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

- att** rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2017-10-31
- att** en arbetsgrupp bildas för att se över möjligheterna att skapa gemensam utbildning i bemötande samt ett gemensamt utbildningskoncept för förbättringsarbete
- att** arbetsgruppen enligt ovan rapporterar till Ledningsgruppen för Södra sjukvårdsregionen.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-10-31, Södra Regionvårdsnämndens kansli

2017-10-31

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Delprojekt 10. Kompetensförsörjning inom Medicinsk teknik, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2017-10-31.
2. Att en arbetsgrupp bildas för att se över möjligheterna att skapa gemensam utbildning i bemötande samt ett gemensamt utbildningskoncept för förbättringsarbete.
3. Att arbetsgruppen enligt ovan rapporterar till Ledningsgruppen för Södra sjukvårdsregionen

### **Bakgrund**

Inom samverkansprojektet i Södra sjukvårdsregionen bedrivs ett antal delprojekt där ett har hanterat kompetensförsörjning inom Medicinsk teknik inom Södra sjukvårdsregionen.

De medicintekniska avdelningarna i Halland, Blekinge, Skåne och Kronoberg (genom MTCsyd-gruppen) ser ett behov av att utbilda den medicintekniska personalen regional/lokalt för att minimera tidsåtgången samt kostnaderna för utbildning. I detta projekt har utbildning som den medicintekniska personalen har behov av (utöver utrustningsspecifik utbildning) identifierats. Dialog har förts om hur dessa utbildningar kan genomföras på bästa vis.

Förslaget från denna projektgrupp är att bilda arbetsgrupp för att se över möjligheterna att skapa gemensam utbildning i bemötande (vårdpersonal men även till viss del patient) samt ett gemensamt utbildningskoncept för förbättringsarbete. Genom det senare skulle det skapas en naturlig yta för att ta lärdom av varandra samt utbyta arbeten mellan verksamheterna.

Rita Jedlert  
Direktör

## Projekt regional arbetsfördelning

# Delprojekt 10 Kompetensförsörjning inom Medicinsk teknik

### Sammanfattning

De medicintekniska avdelningarna i Halland, Blekinge, Skåne och Kronoberg (genom MTCsyd-gruppen) ser ett behov av att utbilda den medicintekniska personalen regional/lokalt för att minimera tidsåtgången samt kostnaderna för utbildning. I detta projekt har utbildning som den medicintekniska personalen har behov av (utöver utrustningsspecifik utbildning) identifierats. Dialog har förts om hur dessa utbildningar kan genomföras på bästa vis.

Förslaget från denna projektgrupp är att bilda arbetsgrupp för att se över möjligheterna att skapa gemensam utbildning i bemötande (vårdpersonal men även till viss del patient) samt ett gemensamt utbildningskoncept för förbättringsarbete. Genom det senare skulle det skapas en naturlig yta för att ta lärdom av varandra samt utbyta arbeten mellan verksamheterna.

### Bakgrund

De medicintekniska avdelningarna i Halland, Blekinge, Skåne och Kronoberg (genom MTCsyd-gruppen) har tidigare anordnat en del utbildningar regionalt för den medicintekniska personalen. Det har då varit möjligt att erbjuda fler medarbetare att delta i utbildningarna pga lägre kursavgifter samt lägre kostnader för resor och logi. De senaste åren har gemensamma utbildningar diskuterats inom MTCsyd-gruppen, men det har ej funnits resurser och utrymme att genomföra dessa.

Det som skulle åstadkommas med detta delprojekt är att utreda om det finns möjligheter att skapa en struktur och organisation för att kunna få igång ett samarbete mellan verksamheterna i den södra regionen där medarbetarna inom medicinsk teknik kan kompetensutvecklas genom gemensamma utbildningar. En del i detta kan även vara att hitta former för större utbyte mellan de medicintekniska verksamheternas medarbetare då även det är en form av kompetensutveckling.

### Samarbete inom medicinsk teknik generellt

Landstingen och regionerna i Sverige samverkar i frågor om medicinsk teknik på flertalet sätt redan idag, exempelvis drivs många frågor inom det medicintekniska området på nationell nivå genom föreningen LfMT (Ledningsnätverk för Medicinsk Teknik).

Inom LfMT finns ett flertal nätverk/arbetsgrupper som arbetar med gemensamma frågor inom bla medicintekniska säkerhetsfrågor, MT-IT området (medicinska informationssystem), utveckling och användning av produktionssystem (inventariesystemet Medusa) och e-learning i medicinteknisk säkerhet för vårdpersonalen. LfMT driver även Reidar som är en nationell avvikelседatabas för rapportering av avvikelser inom medicinsk teknik samt MTPReg som är en nationell kodifiering av medicintekniska utrustningar. För mer information om dessa arbeten se [www.lfmt.se](http://www.lfmt.se)

Nationellt finns även föreningen MTF (Svensk förening för Medicinsk Teknik och Fysik) som bland annat håller i certifiering av medicintekniska ingenjörer och anordnar MT-dagarna och en del utbildningar.

Inom Södra sjukvårdsregionen samarbetar de medicintekniska avdelningarna genom MTCsyd-gruppen. Samverkande för gruppen sitter även med i styrelsen för LfMT. MTCsyd-gruppen träffas ca tre gånger per år för utbyte och samarbeten mellan de södra verksamheterna. Det har även bildats en regional grupp för Medusa för att tillsammans kunna arbeta med utvecklingen av produktionssystemet.

De medicintekniska verksamheterna har en lång och fruktbar tradition av att samarbeta (finns tex exempel från 80-talet). Planerna är att fortsätta dessa samarbeten och fortsätta utveckla den medicintekniska verksamheten gemensamt. Exempelvis fattades på LfMTs senaste årsmöte ett beslut att starta ytterligare ett undernätverk som ska vara inriktat på kvalitetsarbete. Det pågår även ett arbete med att försöka hitta en gemensam hållning till mobiltelefoni och trådlösa enheter i sjukhusmiljö. Dessa arbeten görs företrädesvis på nationell nivå.

## Gruppmedlemmar och tidplan

Ordförande:

Ulrika Sandberg, verksamhetschef MFT, Region Kronoberg

Deltagare i projektgruppen:

Roger Johansson, MTC, Landstinget Blekinge

Sven-Olof Nyman, verksamhetschef MT Halland, Region Halland

Lars Heurlin, utbildningsledare Utvecklingsenheten, Region Kronoberg

Elisabet Titze, Enheten för strategisk kvalitetsutveckling, Region Skåne

Sebastian Strunk-Möller, samordnare FoUU, MT Skåne, Region Skåne

Tidplan

Delprojektet rapporteras till projektgruppen senast 30 september 2017.

## Uppdraget till gruppen

Gruppen ska ta fram förslag på organisation för att samordna det regionala utbildningsbehovet för medicinteknisk personal och ta fram förslag på rutin för det arbetet. De förändringar av den regionala arbetsfördelningen som föreslås skall stärka kompetensförsörjningen och kompetensutvecklingen inom de medicintekniska verksamheterna för att på så vis bidra till ökad patientsäkerhet.

Nuläge/Hur görs det idag?

- Kartläggning av utbildningsbehov
- Kompetensförsörjning- och resurssituationen idag och framåt
- Eventuella problemområden/utvecklingsområden

Förslag på hur öka samarbetet/arbetsfördelningen

- Konklusion
- Utformning av samarbetet/arbetsfördelningen
- Konsekvenser
- Implementeringsplan

## Rapportering av nuläget

De medicintekniska verksamheterna är mitt i ett generationsskifte. Det innebär att flertalet gamla trotjänare har eller kommer att gå i pension de närmsta åren. Det i kombination med att

rörligheten på arbetsmarknaden ökat generellt gör att de medicintekniska verksamheterna ser ett stort och fortlöpande behov av att utbilda den medicintekniska personalen. Teknikutveckling och nya typer av frågeställningar för personalen spär ytterligare på detta behov.

Möjligheten att anställa erfarna medicintekniska ingenjörer varierar mellan enheterna, men generellt så är det relativt svårt. Ofta anställs en nyutexaminerad person eller en med erfarenhet från andra branscher. Dessa behöver utbildas i det medicintekniska regelverket mm. Då detta är något som kräver resurser i form av tid och pengar är det inte helt lätt att kunna utbilda i den omfattning som egentligen skulle behövas.

För att få utföra service och underhåll på den medicintekniska utrustningen som används inom vården kräver leverantörerna att den medicintekniska personalen utbildas hos/av dem. Det innebär att personalen utbildas fortlöpande av leverantörerna på utrustningsnivå. Kostnaderna för dessa utbildningar varierar mycket. Allt från ingen kursavgift till flera 100 tkr (röntgen/accelerator). Dessa utbildningar tas inte upp mer i detta projekt då de är och måste vara leverantörsbundna.

De medicintekniska cheferna ser ett stort behov av att grundutbilda och vidareutveckla personalen så att verksamheterna kan vara landstingens/regionernas experter inom det medicintekniska området. Som en del i projektet har det identifierats ett antal kurser/områden som utbildning krävs inom som i princip all medicinteknisk personal behöver ha. Se sammanställning i tabell 1.

I tabellen har de kurser som projektgruppen vet finns idag identifierats. Det finns troligen kurser inom andra områden med, tex handledarutbildning och kundbemötande, men ingen kurs som de medicintekniska verksamheterna har någon större erfarenhet av. Det finns även en del kurser som någon region/landsting har i sitt generella utbildningspaket för Hälso- och sjukvård.

Resonemang fördes i projektgruppen om hur långt personalen kan åka för att gå en kurs och att det fortfarande ska anses vara så nära att det lönar sig att inte skicka personalen till en befintlig kurs i tex Stockholm. Det konstaterades att behovet och viljan att resa är olika inom de olika landstingen/regionerna. För Region Skåne och Region Halland, som är relativt stora enheter, ser de hellre en kurs lokalt på sjukhuset då de slipper resor helt samt finns tillgänglig för vården i akuta situationer. Landstinget Blekinge och Region Kronoberg har inte tillräckligt med personal för att fylla en kurs själva på sitt egna sjukhus. Det gör att de är mer benägna att resa inom södra regionen för att utbilda sin personal.

De stora skillnaderna på storlek i de medicintekniska verksamheterna gör att det är svårt att enas om ett arbetssätt och en strategi som blir exakt lika för alla. En tanke är att vissa kurser som sker lokalt i Region Skåne och Region Halland skulle kunna genomföras i samarbete mellan Landstinget Blekinge och Region Kronoberg. Hänsyn ska även tas till den tekniska utvecklingen och möjligheterna att utbilda via Skype eller motsvarande.

Resonemang fördes även om vilken inriktning som arbetet utifrån detta delprojekt bör ha. Ska en fullgod utbildningsarrangör inom Södra regionvården skapas krävs resurser i form av

studierektor, utbildningsledare mm. Det har tidigare funnits ett forum för gemensam utbildning inom södra regionen, vilket kallades SLUG.

Även om all genomförande av utbildning regionalt kräver resurser är det stor skillnad i om inriktningen i arbetet ska vara att ta hit befintliga kurser för att minska resor och behov av övernattningar eller om det ska vara att skapa utbildningar i områden som inte finns idag. Oavsett vilken väg som väljs kommer det att krävas resurser som projektgruppen bedömer inte finns idag.

**Tabell 1** Sammanställning över kurser för medicinteknisk personal

Utbildning	Kurs finns att köpa in (X)	Kommentarer
Mjuka frågor		
Förbättringskunskap		Finns kurs inom Region Skåne och Kronoberg
Projektledarutbildning	X	
Handledarutbildning		
Kundbemötande - att bemöta vårdpersonal		
Presentationsteknik/utbildning av vårdpersonal		
UGL-kurs /variant	X	Ökad självkänedom/del i rehab
Patientinvolvering		
Bemötande av patient		
Medicin för tekniker (fysiologi/anatomi)	X	Finns på bla Linnéuniversitetet
Regelverk		
Elsäk-FS (grundläggande elsäkerhet)	X	Kurs anordnas just nu i Halland
IEC 601 tillämpad		Praktisk tillämpning med många exempel
MDR	X	
Upphandling (kravspec + utvärdering)		Finns hos MTF
14971 riskbedömning	X	
Egentillverkning		
Medicinska informationssystem	X	Halland har arrangerat kurs tidigare
MT-säkerhet	X	Finns på Linköpings högskola
Säkerhetssamordning		Kan hanteras i LfMTs MT-säkerhetsnätverk.
Avvikelsetredning		
Risk- och händelseanalys	X	Finns kurs inom Region Skåne och Kronoberg
Standardisering	X	Björn Löfqvist har arrangerat kurs
ISO 13485	X	
Datasäkerhet/informationssäkerhet MTP (PDL/GDPR)		
Teknik/tillämpning		
Medicinska gaser		Med fördel lokal kurs
Centralgasanläggningar	X	
E-hälsa		
Medicinska appar		
Digitalisering MTP		
Grundläggande anestesi	ev	
Grundläggande röntgen	X	
Grundläggande ultraljud		
Strålningsfysik/säkerhet	X	Med fördel lokal kurs av sjukhusfysiker
Nätverk/IT		Med fördel lokal kurs av IT
Bildteknik	ev	
Artificiell intelligens/deep learning		
Grundläggande ellära	ev	

## Förslag

Projektgruppen ser att det skulle tillföra de medicintekniska verksamheterna mest att skapa någon kurs inom något av de områden som det saknas kurser inom idag.

Kurser inom regelverket kräver oftast en extern föreläsare. Där ser projektgruppen att det är befintliga kurser som gäller inklusive resor. Alternativet kan vara att anordna kursen lokalt på respektive sjukhus. Där kan Landstinget Blekinge och Region Kronoberg utveckla sitt samarbete för att genomföra kurser ihop. En fördel är om enheterna informerar varandra om kurserna och bjuder in de andra verksamheterna att delta i de fall det finns utrymme för det.

Kurser i Risk- och händelseanalys finns idag åtminstone inom Region Skåne och Region Kronoberg. Om behov finns skulle det eventuellt gå att anordna en sådan kurs regionalt för medicinteknisk personal. Det kan vara en sak att arbeta vidare på genom djupare behovsanalys samt utvecklat samarbete med dem som genomför utbildningarna idag.

Kurser inom tex Egentillverkning och Medicinska informationssystem skulle kunna anordnas av den egna medicintekniska personalen. Detta skulle kunna ske i samarbete mellan verksamheterna och på så vis fås ytterligare utbyte av varandra.

Under dialogerna i detta delprojekt syns det att de medicintekniska avdelningarna inte alltid har koll på det kursutbud som finns centralt inom sin region/landsting. Där ses en förbättringspotential på det lokala planet. Det är även önskvärt att de medicintekniska avdelningarna skulle kunna få stöd och hjälp av utbildningsenheterna med att boka och arrangera utbildningar. Exempelvis kan den medicintekniska verksamheten veta om en viss kurs och/eller föreläsare som skulle vara intressant och att utbildningsenheten efter tipset hjälper till med det praktiska (boka lokal, bjuda in osv).

De två förslagen som projektgruppen ser som mest spännande att arbeta vidare kring är följande:

#### **Utbildning inom kundbemötande:**

Medicinteknisk personal möter ofta vårdpersonal, patienter och andra personer i olika situationer. Personalen har idag ingen utbildning i detta område, vilket gör att projektgruppen sett att det skulle vara en lucka att fylla. Det finns troligen utbildningar som försäljare/leverantörer använder för sin personal. Det finns även utbildning inom sjukvårdsutbildningarna som kanske skulle vara av intresse. Projektgruppen föreslår att en arbetsgrupp bildas för att se om ett koncept för denna utbildning kan tas fram gemensamt.

#### **Förbättringskunskap/ledarutveckling:**

Ett koncept som växte fram under arbetet med detta delprojekt var om det skulle finnas möjlighet att gemensamt skapa en regional utbildning i förbättringskunskap för medicinteknisk personal. Det skulle inte vara en kurs som all medicinteknisk personal ska gå utan den ska ses som en del i den medicintekniska verksamhetens försörjning av framtida ledare (processledare/chefer osv). Idéen i detta är att med kurs som finns inom Region Skåne alternativt Region Kronoberg inom förbättringskunskap i botten skapa ett utbildningskoncept där man utöver att få förbättringsverktygen även får ett regionalt utbyte av arbetssätt och aktuella frågeställningar inom den medicintekniska verksamheten.

Tanken är att skapa en kundanpassad kurs som sträcker sig över ett halvår eller ett år. I kursen skulle deltagarna ha ett förbättringsarbete från sin verksamhet med sig som man arbetar med under kursens gång. Förslagsvis skulle det vara 4-5 träffar i kursen där varje träff är 2 dagar. I detta koncept går det att förutom förbättringskunskap och förbättringsverktyg ta med lite fler områden som tex presentationsteknik, bemötande, projektledning och handledning.

En stor vinst med detta som projektgruppen ser är att det skulle ge stora möjligheter till utbyte och att lära av varandra. Det blir dessutom extra spännande då det endast är medicinteknisk verksamhet som kursen riktar sig, vilket gör att förbättringsarbeten kan sprida sig mellan verksamheterna. På så vis skulle man kunna få betydligt större utväxling på genomförda arbeten. Görs ett gott arbete på en enhet kan andra ta efter och även hjälpa till att vidareutveckla det. Detta koncept finns inte idag, men projektgruppen ser att det skulle ge verksamheterna mycket att införa det.

Förslag är att i en arbetsgrupp arbeta vidare i kontakterna med Region Skåne och Region Kronoberg som har förbättringskurser med liknande upplägg idag och se om det finns en möjlighet att ta fram en skräddarsydd utbildning för medicinteknisk verksamhet.

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Förslag till fördelning av Södra Regionvårdsnämndens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete – UFO-anslag 2018**

Landstingen i Södra sjukvårdsregionen har för år 2018 avsatt 50 öre per invånare, dvs ca 998 990 kr för utvecklings- och forskningsarbete (Ufo) inom Södra sjukvårdsregionen. Det finns ca 1 milj kr att fördela för år 2018. Totalt 52 ansökningar har inkommit.

FoU-gruppen Södra sjukvårdsregionen, tillika granskningsgrupp, prioriterade de inkomna ansökningarna vid sammanträde 2017-11-13. I prioriteringsarbetet har inte hänsyn tagits till från vilket landsting/region ansökningarna har 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 2017-11-13 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** godkänna FoU-gruppens Södra sjukvårdsregionen förslag 2017-11-13 till fördelning av UFO-anslag år 2018.

2017-11-13

Till  
Södra Regionvårdsnämnden**Förslag till fördelning av Södra Regionvårdsnämndens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete – UFO-anslag 2018**

Förslag till beslut

Södra Regionvårdsnämnden föreslås besluta

1. Att godkänna FoU-gruppens Södra sjukvårdsregionen förslag 2017-11-13 till fördelning av UFO-anslag år 2018.

Landstingen i Södra sjukvårdsregionen har för år 2018 avsatt 50 öre per invånare, dvs ca 998 990 kr för utvecklings- och forskningsarbete (UFO) inom Södra sjukvårdsregionen. Det finns ca 1 milj kr att fördela för år 2018.

I enlighet med kungörelsen 2017-06-30 ska de avsatta medlen användas för att stimulera till utvecklings- och forskningsarbete. Alla ansökningar ska ha en vetenskaplig grund. ./.

Det har inkommit 52 ansökningar varav en från Landstinget Blekinge, 11 från Region Halland, 38 från Region Skåne samt två från Extern enhet med avtal.

FoU-gruppen Södra sjukvårdsregionen, tillika granskningsgrupp, prioriterade de inkomna ansökningarna vid sammanträde 2017-11-13. Av de 52 inkomna ansökningarna var det endast 8 som bedömdes vara berättigade till anslag. Det var en ansökan som tilldelades 250 000 kr, två tilldelades 175 000 kr vardera, tre tilldelades 100 000 kr vardera och två tilldelades 50 000 kr vardera.

Landstinget Blekinge tilldelades 175 000 kr, Region Halland 400 000 kr och Region Skåne 425 000 kr. Totalt fördelades 1 000 000 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 2018**

Landstingen/regionerna i Södra sjukvårdsregionen (nedan kallade landstingen) har för år 2018 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.

**Årets ansökningsomgång ska särskilt stimulera samarbete över landstingsgränserna och riktas därför mot projekt som redan idag har samarbete över landstingsgränserna eller där samarbete planeras inom det sökta projektet.**

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

Projektet ska omfattas av minst ett landsting i Södra sjukvårdsregionen utöver det egna. Tvärvetenskapliga och/eller multidisciplinära projekt med patientnära inriktning samt interventionsstudier prioriteras.

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, Region 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 2018 är inte aktuella för UFO-anslag.

### **Stödets utformning**

För utvecklings- och forskningsprojekt lämnas bidrag upp till maximalt 250 000 kronor.

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

I ansökningsformuläret finns det 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)
- Region Kronoberg
- Region Skåne
- Privata vårdgivare med vårdavtal/motsvarande med något av landstingen 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 arbetsplatserna, 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.

Det måste tydligt framgå av ansökan att den sökande och den medsökande är jämbördiga parter, att det är ett "äkta" samarbete.

Den som inte inkluderar samarbete med annat landsting än det egna är inte behörig att få tilldelning.

### **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 ämnes-

Handledaren 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 webbplats [sodrasjukvardsregionen.se](http://sodrasjukvardsregionen.se) eller från ansökningsystemet [www.fou.nu/is/ssvr](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 till 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 2017-09-13. 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](mailto: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 2017-09-15. 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 2019-12-31**. 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

**Södra sjukvårdsregionens gemensamma anslag för utvecklings- och forskningsarbete inom hälso- och sjukvårdsområdet år 2018 - UFO-anslag  
slutredovisning 2019-12-31**

Efternamn	Förnamn	Tjänstetitel	Diarie-nummer	Landsting/region eller extern enhet	Klinik/arbetsplats	Ort	Projekttitel	Tilldelning
Lindén	Magnus	Överläkare	REGSKANE-740111	2. Region Halland	Barn- och ungdomskliniken Hallands Sjukhus Halmstad	Halmstad	Spädbarns UVI - nu och i framtiden	250 000
Inghammar	Malin	Överläkare	REGSKANE-746771	4. Region Skåne	VO Infektionssjukdomar SUS	Lund	Mikrobiologi och antibiotikaresistens vid svåra exacerbationer av kroniskt obstruktiv lungsjukdom	175 000
Furst	Carl Johan	Läkare	REGSKANE-743511	4. Region Skåne	Palliativt Utvecklingscentrum	Lund	Kronobergsprojektet – Samtal vid allvarig sjukdom	100 000
Ekström	Magnus	Läkare	REGSKANE-747671	1. Landstinget Blekinge	Medicinkliniken, Blekingesjukhuset	Karlskrona	Ambulatorisk syrgas vid interstitiell lungsjukdom: en randomiserad, dubbelblind multicenterstudie	175 000
Sunnersjö	Lotta	Läkare	REGSKANE-744721	2. Region Halland	Anestesi- och Operationskliniken, Hallands sjukhus Halmstad	Halmstad	Non-vitamin K orala antikoagulantias påverkan på koagulationen mätt med ROTEM.	50 000
Linder	Adam	Läkare	REGSKANE-744011	4. Region Skåne	Sökande arbetar inom Skånes universitetssjukvård, samarbetspartner inom Skånevård Sund respektive Ambulanssjukvården i Blekinge	Lund	Heparinbindande protein-provtagning i ambulans och akutrum för förbättrat sepsisomhändertagande	100 000
Söderlund Strand	Anna	Annan tjänstetitel	REGSKANE-746361	4. Region Skåne	Medicinsk service Labmedicin, Klinisk Mikrobiologi Post- och besöksadress: Sölvegatan 23 B	Lund	Typning av enterovirus i södra Sverige	50 000
Johansson	Martin	Läkare	REGSKANE-737081	2. Region Halland	AT-läkare Hallands Sjukhus Halmstad	Halmstad	Transkraniell doppler som ett non-invasivt verktyg för att estimerat intrakraniellt tryck	100 000
								<b>1 000 000</b>

2017-11-13 MNN

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Sammanträdesplan år 2018 för Södra Regionvårdsnämnden**

I ärendet förelåg förslag 2017-11-23 till sammanträdesplan år 2018 för Södra Regionvårdsnämnden.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** fastställa sammanträdesplan år 2018 för Södra Regionvårdsnämnden enligt följande:

*Södra Regionvårdsnämnden*

*2018-04-23, kl 09.30-12.00*

*2018-06-07—08, lunch-lunch, beslutssammanträde dag 1*

*2018-10-04, kl 13.00-16.00*

*2018-12-06—07, lunch-lunch, beslutssammanträde dag 1*

## Södra Regionvårdsnämndens sammanträdesplan 2018 - förslag 2017-09-28

<b>Södra Regionvårdsnämnden</b> Internat start kl 12.00 dag 1, avslut kl 13.00 dag 2.	2018-04-23 kl 09.30-12.00 <i>Kristianstad</i>	2018-06-07--08 <i>beslutssammanträde dag 1</i> <i>Halland</i>	2018-10-04 kl 13.00-16.00 <i>Kristianstad</i>	2018-12-06--07 beslutssammanträde dag 1 <i>Skåne</i>
<b>Presidium</b>	2018-03-22 kl 13.00-ca 17.00 <i>Kristianstad</i>	2018-05-17 kl 09.30-12.00 <b><i>Återkommer om plats!</i></b>	2018-09-27 kl 13.00-ca 17.00 <i>Kristianstad</i>	2018-11-28 kl 09.30-12.00 <i>Kristianstad</i>

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2017-11-30****Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018**

Per Wendel, chefsekonom, informerade dels om överenskommelsen om Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018, dels om avtalsprocessen.

I ärendet förelåg skrivelse 2017-11-24 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

- att** bekräfta överenskommelsen om regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018,
- att** respektive landsting/region beslutar att godkänna överenskommelsen,
- att** lägga informationen om avtalsprocessen till handlingarna.

**Bilagor**

Skrivelse 2017-11-24, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att bekräfta överenskommelsen om regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018,
2. Att respektive landsting/region beslutar att godkänna överenskommelsen,
3. Att lägga informationen om avtalsprocessen till handlingarna.

### **Bakgrund**

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2015-10-30, § 43 att en abonnemangsmodell skulle tillämpas mellan huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen från år 2016 och framåt. Andra grunder i avtalsförhandlingarna har varit att självkostnader ska vara underlag för framtagande av taxor och att kostnadsnivåer räknas upp med landstingsprisindex, LPIK. Avtalsgruppen har med beslutet som utgångspunkt kommit överens om ett avtal som i princip innefattar ovanstående.

Priserna kommer att sammanställas i "Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018" som kommer att vara tillgänglig i dels tryckt version och dels på <http://sodrasjukvardsregionen.se/>. Tillämpningsanvisningar framgår av respektive avsnitt i dokumentet.

I enlighet med gällande regionavtal ska överenskommelsen fastställas av Södra Regionvårdsnämnden. Information genom protokollsutdrag och handlingar i enlighet med Riksavtalet för utomlänsvård kommer att lämnas till Sveriges Kommuner och Landsting samt samverkansnämnder/motsvarande.

Avtalsgruppen har haft regelbundna möten till vilka simuleringar av effekterna av föreslagna priser 2018 har beräknats. Vid beräkning av priser har det i många fall varit verksamhet och kostnader 2016 som utgjort underlag. Principerna som har använts för de olika prisberäkningarna framgår av bifogat förhandlingsprotokoll.

För patienter från Södra sjukvårdsregionen tillämpas en abonnemangsmodell. Denna innebär att ersättningen till 50 % utgår via abonnemang och resterande ersättning utgår med 50 % av priserna enligt föreliggande prislista. Det är Skånes universitets-

sjukhus, Thoraxcentrum Blekingesjukhuset, Onkologiska kliniken vid Central-lasarettet i Växjö (gäller enbart Blekinge) och Rättspsykiatri i Växjö som omfattas av abonnemangsmodellen.

Abonnemanget för 2018 beräknas som 50 % av genomsnittet för simulerad självkostnad 2016, 2017 och 2018, allt uppräknat med LPIK till 2018 års kostnadsnivå.

Abonnemangen för år 2018 omsluter ca 400 Mkr. Nedanstående tabell visar storleken på abonnemangen fördelade på aktuella verksamheter och huvudmän i tusentals kronor:

	<b>Skåne SUS</b>	<b>Kronoberg Rättspsykiatri</b>	<b>Kronoberg Onkologi</b>	<b>Blekinge Thoraxkirurgi</b>	<b>Summa</b>
<b>Blekinge</b>	90 678	14 887	9 011		<b>114 576</b>
<b>Halland</b>	103 113	15 089		603	<b>118 806</b>
<b>Kronoberg</b>	98 284			32 574	<b>130 858</b>
<b>Skåne</b>		33 680		3 003	<b>36 683</b>
<b>Summa</b>	<b>292 076</b>	<b>63 655</b>	<b>9 011</b>	<b>36 180</b>	<b>400 922</b>

Vid en jämförelse med 2018 års abonnemang med 2017 års abonnemang (i 2018 års kostnadsnivå, tkr) redovisas nedanstående skillnader.

	<b>Skåne SUS</b>	<b>Kronoberg Rättspsykiatri</b>	<b>Kronoberg Onkologi</b>	<b>Blekinge Thoraxkirurgi</b>	<b>Summa</b>
<b>BLEKINGE</b>	3 777	579	-107	0	<b>4 250</b>
<b>HALLAND</b>	6 172	1 041	0	14	<b>7 228</b>
<b>KRONOBERG</b>	2 472	0	0	-894	<b>1 578</b>
<b>SKÅNE</b>	0	-1 655	0	388	<b>-1 267</b>
<b>Summa</b>	<b>12 422</b>	<b>-35</b>	<b>-107</b>	<b>-491</b>	

En beräkning av nettoeffekterna av abonnemang 2018 jämfört med abonnemang 2017 ger följande resultat (tkr) i 2018 års prisnivå:

<b>BLEKINGE</b>	-4 741
<b>HALLAND</b>	-7 228
<b>KRONOBERG</b>	-1 720
<b>SKÅNE</b>	13 689
<b>Summa</b>	0

Stora skillnader mellan åren kan noteras för Skåne, SUS som ökar abonnemanget med 12422 tkr. Detta beror att overheadkostnader för central administration på ca 2% inte ingick i underlaget från år 2015. En annan faktor är att det varit kostnadsökningar överstigande LPIK på SUS. Poängpriset per DRG-poäng har

anpassats i riktning mot självkostnader. Det har justerades till att motsvara rikssnittet för regionsjukhus. Det har skett en omfördelning av utnyttjandet av Rättspsykiatri där Skåne minskat sina köp vilket gett utrymme för övriga huvudmän att öka sina köp. Detta återspeglas i utvecklingen av abonnemanget. Även relaterat till Thoraxkirurgin i Blekinge har det skett en omfördelning. Kronoberg minskar sitt abonnemang medan Skåne ökar. Nettoeffekterna för respektive huvudman framgår av tabellen ovan.

Förändringarna av abonnemanget mellan åren 2017 och 2018 är bara en del av kostnaderna. Hur stora de totala kostnaderna/intäkterna för köpt/såld vård blir beror till stor del på hur volymerna utvecklas under år 2018.

Rita Jedlert  
Direktör

# **FÖRHANDLINGSPROTOKOLL**

**Regionala priser och ersättningar för  
Södra sjukvårdsregionen 2018**

**Förhandlingar 2017-11-23**

**Avtalsgruppen**

# 1 Ersättningsmodell

## 1.1 Södra sjukvårdsregionen

Södra sjukvårdsregionen består av Region Skåne, Landstinget Blekinge, Region Kronoberg och södra delen av Region Halland (kommunerna Halmstad, Laholm och Hylte).

## 1.2 Beslut och giltighet

I enlighet med riksavtalet har överenskommelsen fastställts av Södra Regionvårdsnämnden. Därmed kan överenskommelsen tillämpas även för landsting utanför Södra sjukvårdsregionen.

Det är delegerat till Avtalsgruppen, med utsedda förhandlare för respektive huvudman i Södra sjukvårdsregionen, att under löpande år göra förändringar i prislistan. Förändringar publiceras på Södra Regionvårdsnämndens webbplats, <http://sodrasjukvardsregionen.se/>

## 1.3 Prismodell

### 1.3.1 Allmänt

Inom Södra sjukvårdsregionen tillämpas en abonnemangsmodell, från år 2016, i enlighet med beslut i Södra Regionvårdsnämnden 2015-10-30, § 43.

För beskrivning/underlag för prissättning av sluten och öppen vård tillämpas i huvudsak NordDRG CC-logik 2018 - sluten respektive öppen vård. Undantag från detta redovisas i bilaga. Priserna räknas upp med LPIK efter faktiska tal och efter SKL's prognos i oktober. För priser och ersättningar 2018 innebär detta en uppräknings från 2016 till 2017 på 2,7 % och från 2017 till 2018 på 3,6 %.

Skånes universitetssjukhus (SUS) tillämpar DRG-debitering med undantag för det som är uppräknat i bilaga.

### 1.3.2 Sluten somatisk vård

För SUS och Blekingesjukhusets Thoraxcentrum tillämpas kostnadstrimning. För övriga sjukhus/verksamheter tillämpas vårddagstrimning.

### 1.3.3 Öppen vård vid somatiska sjukhus

För öppen vård tillämpas NordDRG CC logik 2018 avseende läkarbesök.

SUS och Blekingesjukhusets Thoraxcentrum, tillämpar kostnadstrimning. För övriga sjukhus/verksamheter tillämpas DRG utan kostnadstrimning.

Besök hos övriga vårdgivare debiteras enligt prislista kap 2.1.1.2 och 3.2.

### 1.3.4 Övrig verksamhet

För övrig verksamhet tillämpas specifika principer enligt prislistan.

### 1.3.5 Bilateral avtal

Bilateral avtal mellan parterna i regionen kan medföra att vård debiteras annorlunda än vad som redovisas i denna överenskommelse. Bilateral avtal finns tillgängliga på Södra Regionvårdsnämndens hemsida, <http://sodrasjukvardsregionen.se/>.

## 2 Priser och ersättningar

Med "Priser och ersättningar 2017" avses av Södra Regionvårdsnämnden 2016-11-24 § 50 fastställda "Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2017". Vid uppräknings till 2017 av dessa priser eller annat av Avtalsgruppen fastställt värde/pris/krontal används som huvudprincip: Landstingsprisindex med kvalitetsjusterade löner (LPIK) exkl läkemedel enligt SKL på:

- 2,7 % för 2017
- 3,6 % för 2018

### Beräkning av priser 2018:

Verksamhet	Beräkning pris 2018	Kommentar
Abonnemang inom Södra sjukvårdsregionen	50 % av genomsnittet av simulerad självkostnad 2016**, 2017 och 2018, allt uppräknat med LPIK till 2018 års nivå.	Gäller SUS, Thoraxcentrum vid Blekingesjukhuset, Onkologiska kliniken vid Centrallasarettet i Växjö (enbart Blekinge) och Rättspsykiatri i Växjö.
DRG-ersatt verksamhet SUS	Krontal 54879 uppräknat med Index 2018 (1,036).	50 % ersätts via abonnemang inom Södra sjukvårdsregionen.
Priser SUS, Thoraxcentrum Blekingesjukhuset, Onkologiska kliniken vid Centrallasarettet i Växjö och Rättspsykiatri i Växjö	Efterkalkylerade priser 2016 * index 2017 (1,027) * index 2018 (1,036).	50 % ersätts via abonnemang inom Södra sjukvårdsregionen.
DRG-ersatt verksamhet övriga	Krontal 2017 * index 2018 (1,036).	Kapitel 1.6 i regionala Priser.
Regionalt forskningsstöd, Utbildning och Regionala konsulter	Priser och ersättningar 2017 * index 2018 (1,036).	Kapitel 2.2-2.4 i regionala priser.
Övrig vård vid övriga sjukhus.	Efterkalkylerade priser 2016 * index 2017 (1,027) * index 2018 (1,036) eller Priser och ersättningar 2017 * index 2018 (1,036).	Kapitel 3.1-3.2 i regionala priser.
Primärvård/allmänmedicin offentlig och privat vård	Debitering enligt interna modeller.	Kapitel 4.1 i regionala priser.
Övrig offentlig vård	Priser och ersättningar 2017 * index 2018 (1,036).	Kapitel 4.2 i regionala priser.

Övrig privat vård	Priser och ersättningar 2017 * index 2018 (1,036) eller enligt faktiska utlägg -6 %.	Kapitel 4.3 i regionala priser.
Övriga specialiteter – Privat vård	Enligt faktiska utlägg -6 %.	Kapitel 5 i regionala priser.
Specialisttandvård	Priser enligt tandvårdsförsä- ringen i respektive landsting.	Kapitel 6 i regionala priser.
Solidariskt finansierade verksamheter	Priser och ersättningar 2017 * index 2018 (1,036).	Kapitel 7.1 i regionala priser.
Ersättning till donators- sjukhus	Priser och ersättningar 2017 * index 2018 (1,036).	Kapitel 7.2 i regionala priser.
Hjälpmedel	Faktureras enligt självkostnad.	Kapitel 7.3 i regionala priser.
Ambulans	85 kr/km. Lägsta ersättning 20 km = 1700 kr.	Kapitel 7.3 i regionala priser.
Andra transporter	Självkostnad debiteras.	Kapitel 7.3 i regionala priser.
Övrig verksamhet	Dokumenterad självkostnad.	

För patienter från Södra sjukvårdsregionen tillämpas en abonnemangsmodell. Denna innebär att ersättningen till 50 % utgår via abonnemang och resterande ersättning utgår med 50 % av priserna enligt föreliggande prislista. Det är Skånes universitetssjukhus, Thoraxcentrum vid Blekingesjukhuset, Onkologiska kliniken vid Centrallasarettet i Växjö (gäller enbart Blekinge) och Rättspsykiatri i Växjö som omfattas av abonnemangsmodellen.

Abonnemanget 2018 beräknas som 50 % av genomsnittet för simulerad självkostnad 2016-2018\*\* allt uppräknat med LPIK till 2018 års kostnadsnivå. Åren därefter beräknas på samma sätt men med ett års förskjutning.

**Abonnemangsersättning 2018 utgår enligt nedanstående tabell, tkr:**

	Skåne SUS	Kronoberg Rättspsykiatri	Kronoberg Onkologi	Blekinge Thoraxkirurgi	Summa
<b>Blekinge</b>	90 678	14 887	9 011		<b>114 576</b>
<b>Halland</b>	103 113	15 089		603	<b>118 806</b>
<b>Kronoberg</b>	98 284			32 574	<b>130 858</b>
<b>Skåne</b>		33 680		3 003	<b>36 683</b>
<b>Summa</b>	<b>292 076</b>	<b>63 655</b>	<b>9 011</b>	<b>36 180</b>	<b>400 922</b>

\*\* Självkostnad 2016 beräknas utifrån kostnad och produktion 2014 som räknas upp med LPIK för år 2015 och 2016. På motsvarande sätt beräknas självkostnad 2017 och åren framöver.

### 3 Tillämpning av priser och ersättningar

Allmänna regler för regional samverkan framgår av kapitel 8 i prisdokumentet "Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018". För tillämpning av priser i Södra sjukvårdsregionen 2018 finns särskilda anvisningar i prisdokumentet, avsnitt 1.5.4.

Priser och ersättningar enligt denna överenskommelse tillämpas i enlighet med regionavtal mellan landstingen i Södra sjukvårdsregionen inkl norra Halland.

För patienter från landsting utanför Södra sjukvårdsregionen sker för SUS och Medicinsk Service ett procentuellt tillägg motsvarande landstingens gemensamma ersättning för FOU-tid (oförändrat 1 %), som ersätts separat inom Södra sjukvårdsregionen. För alla taxor sker en anpassning av indexeringen till 2018 i övrigt (2,85%). Det totala procentuella tillägget blir därmed 3,85 % för SUS och Medicinsk Service och 2,85% för övriga sjukhus/huvudmän 2018.

## **4 Prisdokument**

Priser och ersättningar enligt denna överenskommelse skall sammanställas i prisdokument "Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018".

## **5 Beslut och information**

Av respektive landsting utsedd förhandlare svarar inom det egna landstinget för information om förhandlingsresultatet enligt detta protokoll.

Ovanstående principer, priser och ersättningar 2018 mellan landstingen i Södra sjukvårdsregionen bekräftas enligt gällande regionavtal genom beslut i Södra Regionvårdsnämnden.

Beslutet anmäls till Sveriges Kommuner och Landsting samt till sjukvårdsregionernas samverkansnämnder/motsvarande. Priserna gäller därmed även för patienter från landsting utanför Södra sjukvårdsregionen.

Lund 2017-11-24

Per Wendel  
Chefsekonom

**För Landstinget Blekinge**

Marie Håkansson

**För Region Halland**

Cathrin Nordander Tovstedt

**För Region Kronoberg**

Sandra Stern

**För Region Skåne**

Jan Steen

**Vidimeras:****För Landstinget Blekinge**

Ralph Harlid

**För Region Halland**

Haleh Lindqvist

**För Region Kronoberg**

Per-Henrik Nilsson

**För Region Skåne**

Lars-Åke Rudin

## Bilaga. Undantag från grundprinciper prissättning

### *Från DRG-tillämpning undantas vid/inom:*

#### **Samtliga sjukhus:**

- Medicinsk rehabilitering vid enhet för rehabiliteringsmedicin
- Öppen vård vid onkologisk klinik
- Öppen vård; besök annan hälso- och sjukvårdspersonal (ej läkare); se prislistan

#### **Skånes universitetssjukvård, verksamhet som avser/vård för:**

- "Ofullständiga vårdtillfällen", med vilket avses vårdtillfällen där patient skrivits ut för fortsatt vård vid annat sjukhus (avser dock ej ortopedi eller reumatologi)
- Barnhjärtkirurgi
- Barnonkologi
- Kärlkirurgi/-medicin
- Reproduktionsmedicin

Se debiteringsprinciper Skånes universitetssjukvård 2.1.1.1.

#### **Övriga sjukhus/verksamheter**

- Högspecialiserad sjukvård  
Verksamhet som anges under kapitel 3.1 i prisdokumentet
  - ✓ Tryckkamarverksamhet i Karlskrona och Helsingborg
  - ✓ Thoraxcentrum Blekingesjukhuset
  - ✓ EECF och Refraktär angina i Kristianstad
  - ✓ Spinal stimulering i Kristianstad
  - ✓ Onkologisk slutenvård i Växjö
  - ✓ Trafikmedicinsk utredning i Växjö
  - ✓ Broskcellstransplantation vid Hallands sjukhus
  - ✓ Kapselendoskopi av tunntarmen vid Hallands sjukhus
- Länssjukvård och all verksamhet inom psykiatri (inkl rättspsykiatrisk verksamhet) enligt tabeller i avsnitt 3.2 i prisdokumentet

#### ***Tilläggsdebitering av läkemedel***

Tilläggsdebitering kan medges mellan berörda parter då det är uppenbart att priset för aktuellt DRG inte innehåller en rimlig kostnad för insatt läkemedel men det kan endast ske efter en dialog och överenskommelse mellan säljande sjukhus/landsting och köpande landsting. Anmälan ska också göras till Avtalsgruppen.

**För Landstinget Blekinge**

Marie Håkansson

**För Region Halland**

Cathrin Nordander Tovstedt

**För Region Kronoberg**

Sandra Stern

**För Region Skåne**

Jan Steen

**Vidimeras:****För Landstinget Blekinge**

Ralph Harlid

**För Region Halland**

Haleh Lindqvist

**För Region Kronoberg**

Per-Henrik Nilsson

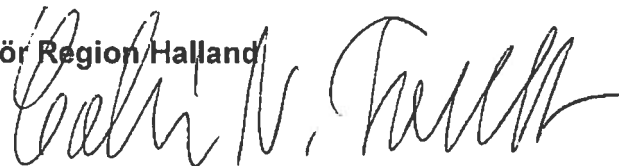
**För Region Skåne**

Lars-Åke Rudin

**För Landstinget Blekinge**

Marie Håkansson

**För Region Halland**



Cathrin Nordander Tovstedt

**För Region Kronoberg**

Sandra Stern

**För Region Skåne**

Jan Steen

**Vidimeras:**

**För Landstinget Blekinge**

Ralph Harlid

**För Region Kronoberg**

Per-Henrik Nilsson

**För Region Halland**

Haleh Lindqvist

**För Region Skåne**

Lars-Åke Rudin

**För Landstinget Blekinge**

Marie Håkansson

**För Region Halland**

Cathrin Nordander Tovstedt

**För Region Kronoberg**



Sandra Stern

**För Region Skåne**

Jan Steen

**Vidimeras:**

**För Landstinget Blekinge**

Ralph Harlid

**För Region Halland**

Haleh Lindqvist

**För Region Kronoberg**

Per-Henrik Nilsson

**För Region Skåne**

Lars-Åke Rudin

**För Landstinget Blekinge**

Marie Håkansson

**För Region Kronoberg**

Sandra Stern

**Vidimeras:**

**För Landstinget Blekinge**

Ralph Harlid

**För Region Kronoberg**

Per-Henrik Nilsson

**För Region Halland**

Cathrin Nordander Tovstedt

**För Region Skåne**



Jan Steen

**För Region Halland**

Haleh Lindqvist

**För Region Skåne**



Lars-Åke Rudin