

## SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN

**Datum/tid:** 2018-04-23 kl 09.30-12.00  
Kaffe serveras från kl 09.00  
Lunch serveras kl 12.00

**Plats:** Rådhus Skåne, Kristianstad

### Ärenden

- 1 Justering**
- 2 Finansiering kunskapsstyrning och regional arbetsfördelning** ./.
  - Ökat stöd till ordföranden i Regionala medicinska kunskapsgrupper
  - Stöd till ordföranden i Nationella kunskapsgrupper
  - Finansiering av projektledare regional arbetsfördelning
- 3 Regional arbetsfördelning - lägesrapport**  
*Margareta Albinsson*
- 4 Överföring av projekt regional arbetsfördelning, Södra sjukvårdsregionen, till det fortlöpande arbetet** ./.
- 5 Delprojekt 3 Kirurgi – benign sjukdom i njurarna** ./.
- 6 Delprojekt 5 Ortopedi – ryggkirurgi** ./.
- 7 Högisoleringsenhet** ./.
- 8 Val av 1:e vice ordförande i Södra Regionvårdsnämnden för perioden 2018-04-01—2018-12-31**
- 9 Digitala vårdbesök och digitala vårdcentraler**  
*Ulf Österstad*
- 10 Skandionkliniken**  
*Peter Daneryd*

**11 Anmälningssärenden (handlingarna finns tillgängliga vid sammanträdet) (SRVN)**

./.

- 1 Regionala medicinska kunskapsgrupper,  
Minnesanteckningar  
Hjärta/kärl 2017-12-06, 2018-03-01  
Nervsystemets sjukdomar 2017-12-01, 2018-02-16  
Njursjukdomar och Chefssamråd Njur 2017-12-06, 2018-02-07  
Palliativ vård 2017-12-08  
Psykisk hälsa 2018-02-06  
Rörelseorganens sjukdomar 2017-10-23
- 2 Regional medicinsk resursgrupp  
Allmän medicin 2017-11-15, 2018-02-07
- 3 Chefssamråd  
Minnesanteckningar  
Ortopedi 2017-04-20, 2017-10-23 samt Årsrapport 2017  
Urologi 2017-11-30
- 4 Statsbidrag Regionalt cancercentrum Syd 2018
- 5 Samordning av sjukvården i Region Skåne sommaren 2018
- 6 Centrum för sällsynta diagnoser i Södra sjukvårdsregionen,  
projektredovisning 2015-2017, 2018-02-21
- 7 Ny förtroendevald revisor i Region Skåne att granska nämndens  
förvaltning och räkenskaper

**12 Övrigt**

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2018-04-23****Finansiering kunskapsstyrning och regional arbetsfördelning**

De regionala programområdena, RPO (tidigare regionala medicinska kunskapsgrupperna) har en solidarisk finansiering från huvudmännen inom Södra sjukvårdsregionen.

I samband med en anpassning till den nationella organisationen för kunskapsstyrning behöver det inrättas fler RPO inom Södra sjukvårdsregionen vilket ställer krav på en ökad finansiering. Den ökade finansieringen föreslås införas från år 2018.

I den nationella organisationen för kunskapsstyrning inrättas nationella programområden där sjukvårdsregionerna har en representant vardera. Ordförande i respektive programområde behöver processtöd från respektive sjukvårdsregion. I nuläget kan det vara aktuellt att Södra sjukvårdsregionen får tre ordföranden i de nationella programområdena. Processtödet beräknas omfatta ca 50 % av en heltidsbefattning till vardera ordförande.

Det regionala samarbetsprojektet har en projektledare som hittills finansierats inom ramen för Södra Regionvårdsnämnden. Projektledaren föreslås fortsatt finansieras via Södra Regionvårdsnämnden.

I ärendet förelåg skrivelse 2018-04-13 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

- att** finansiera ökat stöd till ordföranden i regionala programområdena, stöd till ordföranden i nationella programområden och projektledaren för regional arbetsfördelning
- att** finansieringen av första att-satsen sker genom tillgängliga medel inom Södra Regionvårdsnämnden.

**Bilagor**

Skrivelse 2018-04-13, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Finansiering kunskapsstyrning och regional arbetsfördelning**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att finansiera ökat stöd till ordföranden i regionala programområdena, stöd till ordföranden i nationella programområden och projektledaren för regional arbetsfördelning
2. Att finansieringen av punkt 1 sker genom tillgängliga medel inom Södra Regionvårdsnämnden

### **Bakgrund**

De regionala programområdena, RPO (tidigare regionala medicinska kunskapsgrupperna) har en solidarisk finansiering från huvudmännen inom Södra sjukvårdsregionen. Den solidariska finansieringen används för att ge varje aktiv RPO en grundplåt som ersättning för ordförandens arbetstid, administrativ hjälp och service på 50 000 kr. Utöver detta har varje aktiv RPO möjlighet att erhålla 50 000 kr som kan användas till aktiviteter i anslutning till programområdets arbete. Det har visat sig att det finns behov att höja ersättningen till ordförandens arbetstid, administrativ hjälp och service från 50 000 till 100 000 kr. I samband med en anpassning till den nationella organisationen för kunskapsstyrning kommer det att behöva inrättas fler RPO inom Södra sjukvårdsregionen. Detta ställer också krav på en ökad finansiering. Den ökade finansieringen föreslås införas från år 2018.

I den nationella organisationen för kunskapsstyrning inrättas nationella programområden där sjukvårdsregionerna har en representant vardera. En ordförande per grupp kommer att ha ett större ansvar vilket kräver processtöd från respektive sjukvårdsregion. I nuläget kan det vara aktuellt att Södra sjukvårdsregionen får tre ordföranden i de nationella programområdena. Processtödet beräknas omfatta ca 50% av en heltidsbefattning till vardera ordförande.

Det regionala samarbetsprojektet har en projektledare som hittills finansierats inom ramen för Södra Regionvårdsnämnden. Projektledaren föreslås fortsatt finansieras via Södra Regionvårdsnämnden.

Ovanstående kostnader föreslås finansieras genom tillgängliga medel inom Södra Regionvårdsnämnden. Medel som står till förfogande är kopplade till projekt "Regionala medicinska kunskapsgrupper, 5 Mkr, "Särskilda projektmedel", 4,2 Mkr och ackumulerat resultat år 2015-2018, 5,2 Mkr.

Rita Jedlert  
Direktör

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2018-04-23****Överföring av projekt regional arbetsfördelning i Södra sjukvårdsregionen till det fortlöpande arbetet**

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2016-02-19 om projektet Regional arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen. Projektplanen fastställdes vid Södra Regionvårdsnämndens sammanträde 2016-05-25. Projektet omfattar somatisk vård i Södra sjukvårdsregionen.

RCC Syd ansvarar för att driva cancerfrågeställningarna och har ett uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin. Enligt nämndens beslut ska de båda projekten om arbetsfördelning samordnas.

Projektet är framgångsrikt och utvecklas ständigt. Samarbetet inom den Södra sjukvårdsregionen har stärkts. Det finns en rad områden där det kan vara aktuellt att starta delprojekt.

Det är angeläget att fortsätta den påbörjade processen mot mer samarbete inom Södra sjukvårdsregionen. Av dessa anledningar föreslås att arbetet inom projektet Regional arbetsfördelning förs in som en del av Södra sjukvårdsregionens fortlöpande arbete.

I ärendet förelåg skrivelse 2018-04-05 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** projektet regional arbetsfördelning överförs till det fortlöpande arbetet i Södra sjukvårdsregionen i enlighet med bifogat förslag daterat 2018-04-05

**Bilagor**

Skrivelse 2018-04-05 från Södra Regionvårdsnämndens kansli

2018-04-05

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Överföring av projekt regional arbetsfördelning, Södra sjukvårdsregionen, till det fortlöpande arbetet**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att projektet regional arbetsfördelning överförs till det fortlöpande arbetet i Södra sjukvårdsregionen i enlighet med bifogat förslag daterat 2018-04-05

### **Bakgrund**

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2016-02-19 om projektet Regional arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen. På nämndsmötet 2016-05-25 fastställdes projektplanen.

Det övergripande projektet rör somatisk vård i Södra sjukvårdsregionen. Psykiatri, primärvård och rehabilitering har inte ingått i projektet. RCC Syd ansvarar för att driva cancerfrågeställningarna och har ett uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin. Enligt beslut 2016-05-25 i Södra Regionvårdsnämnden ska RCC syds arbete med nivåstrukturering inom cancerområdet inordnas i Södra Regionvårdsnämnden projekt Regional arbetsfördelning

Bedömningen är att projektet är framgångsrikt och ständigt utvecklas. Samarbetet inom den Södra sjukvårdsregionen har stärkts och det finns en rad områden där det kan vara aktuellt att starta delprojekt.

Det är angeläget att fortsätta den påbörjade processen mot mer samarbete inom Södra sjukvårdsregionen. Det finns också anledning att vara rustade att möta den utveckling som sker nationellt med ökade behov och krav på nationell och regional arbetsfördelning. Av dessa anledningar föreslås att arbetet inom projektet Regional arbetsfördelning förs in som en del av Södra sjukvårdsregionens fortlöpande arbete.

Projektet har omfattat somatisk vård. Framöver kan även andra verksamhetsområden inkluderas i arbetet.

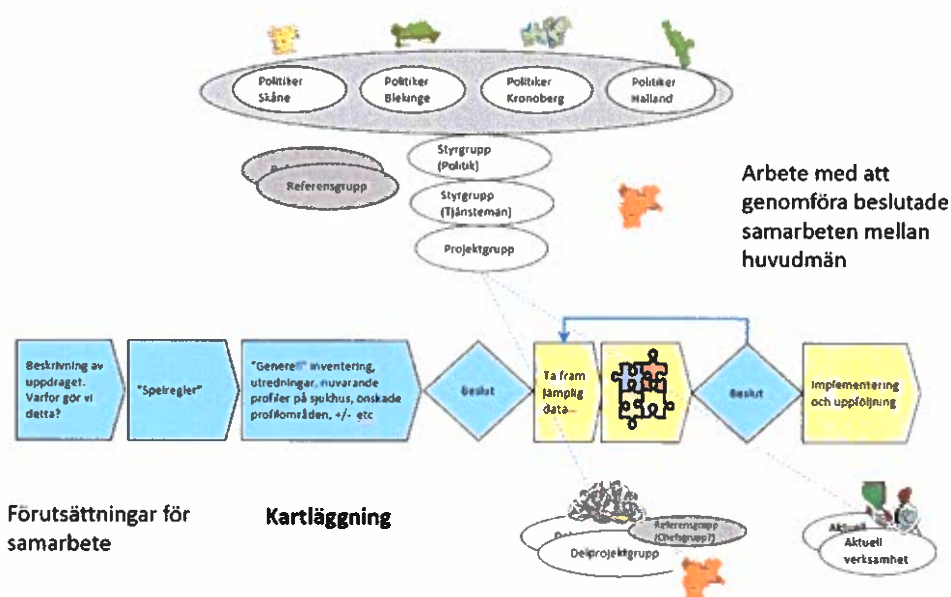
Rita Jedlert  
Direktör

# Överföring av Projekt regional arbetsfördelning, Södra sjukvårdsregionen till fortlöpande drift

## Bakgrund

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2016-02-19 om Projekt regional arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen. På nämndsmötet 2016-05-25 fastställdes projektplanen.

## Projektorganisation enligt beslut 2016-05-25



## Principer och långsiktiga mål för projektet

- Hitta långsiktiga och ekonomiskt hållbara lösningar.
- Värna hög vårdkvalitet med patienten i centrum.
- Långsiktig säker kompetensförsörjning.
- Skall bygga på frivillighet, tillit och samförstånd mellan huvudmännen.
- Eventuella samarbeten måste ta hänsyn till helheten samt olika huvudmäns förutsättningar. Detta innebär att "rätt" servicenivå och vårdnivå tillgodoses i alla delar av vården så att god jämlik och likvärdig vård kan erbjudas till alla och utan att andra delar av vården påverkas, t.ex. primärvård och akutsjukvård.
- Arbetsfördelning kan innebära att bättre kunna samarbeta runt en ökad specialisering av valda vårdmoment, snarare än en ökad koncentring av hela vården av en patient.

## Omfattning

Det övergripande projektet rör somatisk vård i Södra sjukvårdsregionen. Psykiatri, primärvård och rehabilitering har inte ingått i projektet.

RCC Syd ansvarar för att driva cancerfrågeställningarna och har ett uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin. Enligt beslut 2016-05-25 i Södra Regionvårdsnämnden ska RCC syds arbete med nivåstrukturering inom cancerområdet inordnas i Södra Regionvårdsnämndens Projekt regional arbetsfördelning

### **Ledning av projektet**

Projektet leds av en politisk styrgrupp utsedd av Södra Regionvårdsnämnden samt en tjänstemannastyrgrupp med en representant per huvudman utsedda av landsting/regiondirektörer. Tjänstemannastyrgruppen har det övergripande ansvaret för projektets genomförande och rapporterar till den politiska styrgruppen.

### **Projektgrupp**

Projektgruppen är utsedd av tjänstemannastyrgruppen och består av representanter från respektive huvudman, RCC och tjänstemän från Södra Regionvårdsnämndens kansli. Projektgruppen har ansvarat för att ta fram förslag och plan för projektets genomförande samt att kontinuerligt rapportera till tjänstemannastyrgruppen.

### **Referensgrupper**

Sjukhuschefer och förvaltningschefer samt fackliga representanter från Södra sjukvårdsregionen ingår i referensgrupper till projektet.

### **Tidplan**

Projektet beslutades att avslutas första kvartalet 2018 men förlängdes av den politiska styrgruppen 2017-09-21 till 2018-12-31.

### **Erfarenheter**

Projektet har fram till dagens datum startat 14 delprojekt varav 7 är rapporterade och beslutade av nämnden. Fem arbetsgrupper har startats för att belysa förutsättningarna för arbetsfördelning och samarbete. Projektarbetet har regelbundet förankrats med sjukhuschefer/förvaltningschefer och fackliga organisationer. Information har också getts i olika politiska grupperingar och andra sammanhang där intresse funnits.

Bedömningen är att projektet är framgångsrikt och ständigt utvecklas. Samarbetet inom den Södra sjukvårdsregionen har stärkts och det finns en rad områden där det kan vara aktuellt att starta delprojekt.

### **Utvecklingen nationellt**

Regeringen har gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en arbetsprocess för att nivåstrukturera den nationella högspecialiserade vården. I uppdraget anges att myndigheten bör beakta den programområdesstruktur för nationell Kunskapsstyrning som är under framtagande av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och föra dialog med kunskapsstödsutredningen. Beslut har fattats om landstings/regioners system för Kunskapsstyrning där Nationella programområde ska belysa behov av nivåstrukturering.

Med arbetet i Projekt regional arbetsfördelning är Södra sjukvårdsregionen bättre förberedda att möta denna utveckling.

### Förslag på fortsatt utveckling

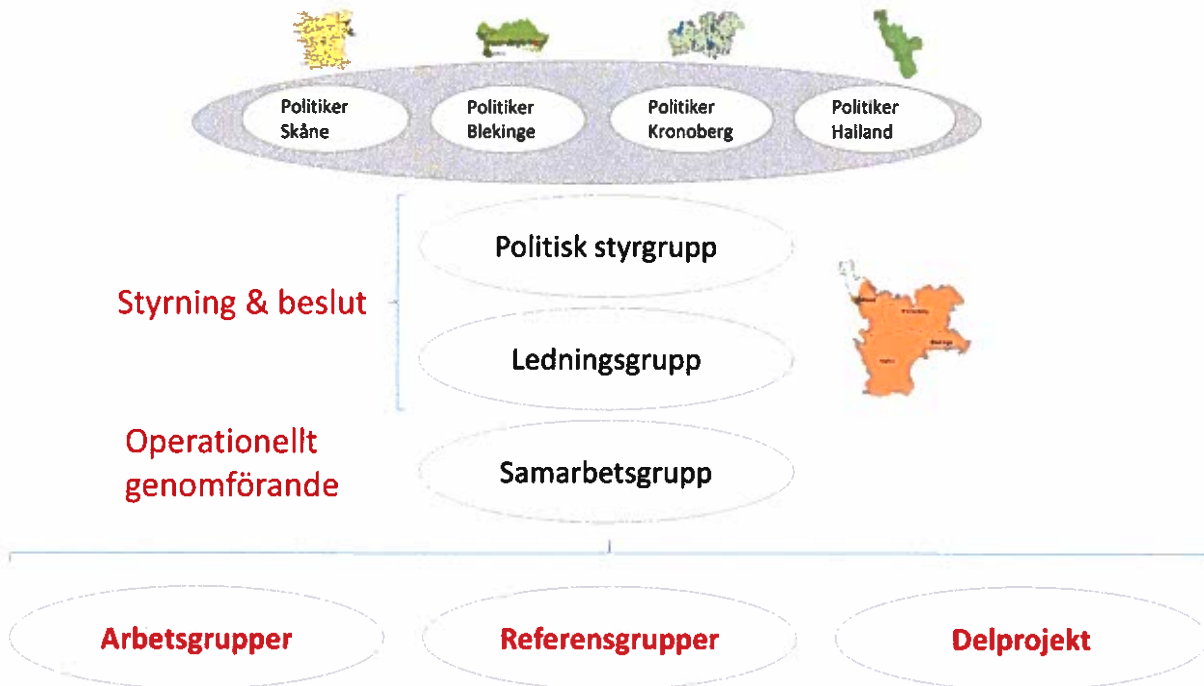
Det är angeläget att fortsätta den påbörjade processen mot mer samarbete inom Södra sjukvårdsregionen. Det finns också anledning att vara rustade att möta den utveckling som sker nationellt med ökade behov och krav på nationell och regional arbetsfördelning. Av dessa anledningar föreslås att arbetet inom projektet Regional arbetsfördelning förs in som en del av Södra sjukvårdsregionens fortlöpande arbete.

Arbetet föreslås fortsatt ledas av en Politisk styrgrupp och sortera under Södra sjukvårdsregionen Ledningsgrupp. Projektgruppen föreslås omvandlas till en Samordningsgrupp med sammansättning som tidigare. I övrigt föreslås arbetet bedrivas som tidigare i form av delprojekt med stöd av arbetsgrupper och förankring i referensgrupper.

Projektet har omfattat somatisk vård. Framöver kan även andra verksamhetsområden inkluderas i arbetet.

### Organisation regionalt samarbete

#### Södra Regionvårdsnämnden, uppdragsgivare



**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2018-04-23****Delprojekt 3 Kirurgi – benign sjukdom i njurarna, projekt regional arbetsfördelning.**

I den plan för fördelning av kirurgi för malign sjukdom i njurarna inom Södra sjukvårdsregionen som 2016 godkändes av Södra Regionvårdsnämnden ingår ett förslag att utreda överföring av benign njurkirurgi från Skånes universitetssjukhus (SUS) till Region Kronoberg. Uppdraget för utredningen har i en reviderad version utvidgats till att innefatta kartläggning av benign njurkirurgi i hela Södra sjukvårdsregionen. Rapporten är framtagen av Henrik Björkman, överläkare, Region Kronoberg.

Utredningen föreslår att njurbäckenplastik fortsättningsvis bedrivs vid SUS med omhändertagande av de patienter som tillhör klinikkens primära upptagningsområde. För övriga Skåne föreslås att patienter rutinmässigt hänvisas till Region Kronoberg.

För Region Halland och Landstinget Blekinge föreslås fortsatt möjlighet att utföra njurbäckenplastik med hänvisning till utbildningsfrågan och patientnärlighet.

Utöver det ökade uppdraget för Region Kronoberg föreslås att liksom tidigare erbjuda patienter med lång väntetid från övriga delar av Södra sjukvårdsregionen operation i Växjö enligt individualiserad bedömning.

Eftersom nefrektomi är ett viktigt grundläggande urologiskt ingrepp rekommenderas inte en omfördelning av dessa operationer inom regionen.

För att säkra utbildning av särskilt intresserade läkare i regionen bör utbildningsläkare från övriga sjukhus erbjudas möjlighet att komma till CLV och delta vid operationer av första hand patienter från hemsjukhuset.

Om förslaget accepteras kommer berörda parter i nästa steg att skapa en regiongemensam rutin för utredning och uppföljning i samband med njurbäckenplastik.

I ärendet förelåg skrivelse 2018-03-13 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

- att** rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2018-03-13
- att** beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid andra mötet år 2019

**Bilagor**

Skrivelse 2018-03-13, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Delprojekt 3. Kirurgi för benign sjukdom i njurarna, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2018-03-13
2. Att beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid andra mötet år 2019

### **Bakgrund**

I den plan för fördelning av kirurgi för malign sjukdom i njurarna inom Södra sjukvårdsregionen som 2016 godkändes av Södra regionvårdsnämnden ingår ett förslag att utreda överföring av benign njurkirurgi från Skånes Universitetssjukhus (SUS) till Region Kronoberg. Uppdraget för utredningen har i en reviderad version utvidgats till att innefatta kartläggning av benign njurkirurgi i hela Södra sjukvårdsregionen.

Bifogad rapport är framtagen av Henrik Björkman Överläkare, Region Kronoberg, med en referensgrupp bestående av följande medlemmar:

Peter Elfving, överläkare, SUS

Violeta Karadzic, specialistläkare, SUS

Magnus Wagenius, överläkare, Helsingborgs lasarett

Rebecca Stenhoff, specialistläkare, Centralsjukhuset i Kristianstad

Amer Mousa, överläkare, Blekingesjukhuset

Sadik Avdic, specialistläkare, Hallands sjukhus

Njurbäckenplastik kan betraktas som ett ingrepp som ger värdefull erfarenhet av robotassisterad kirurgi, vad gäller såväl hantering av Da Vinci-roboten och positionering av utrustningen som för att utveckla färdigheten i dissektion av njuren och sutureringsteknik. Med hänvisning till tidigare beskrivna generationsskifte vid SUS urologklinik och för klinikens status som referenscenter är det därför av stort värde att där ha tillgång till denna operationsmetod även framöver.

Utredningen föreslår därför att njurbäckenplastik fortsättningsvis bedrivs vid SUS med omhändertagande av de patienter som tillhör klinikens primära upptagningsområde. För övriga Skåne föreslås att patienter rutinmässigt hänvisas till

Region Kronoberg. Avdelningschefen på vårdavdelningen för urologiska patienter på CLV, operationskoordinatör för sektionen samt berörda läkare gör bedömningen att det finns kapacitet för omhändertagande av denna kategori patienter, som kan uppskattas till högst ett 10-tal operationer årligen.

För Region Halland och Landstinget Blekinge föreslås fortsatt möjlighet att utföra njurbäckenplastik med hänvisning till utbildningsfrågan och patientnärlighet. Det är läkarprofessionens tydliga bedömning att totalantalet njuroperationer och fördelningen av dessa på antalet operatörer ger ett bättre mått på acceptabel operationsvolym än att isolerat studera en enskild operationstyp, eftersom olika njuringrepp ger likvärdig eller kompletterande erfarenhet.

Utöver det ökade uppdraget för Region Kronoberg föreslås att liksom tidigare erbjuda patienter med lång väntetid från övriga delar av Södra sjukvårdsregionen operation i Växjö enligt individualiserad bedömning.

Behov av att utföra en oplanerad nefrektomi kan, trots målbeskrivningens förhållandevis låga krav, alltid uppkomma vid ett sjukhus med traumaomhändertagande. Eftersom nefrektomi är ett viktigt grundläggande urologiskt ingrepp rekommenderas inte en omfördelning av dessa operationer inom regionen.

För att säkra utbildning av särskilt intresserade läkare i regionen bör utbildningsläkare från övriga sjukhus erbjudas möjlighet att komma till CLV och delta vid operationer av i första hand patienter från hemsjukhuset. Ju större koncentration av operationer som kan göras till Växjö jämfört med att patienter remitteras längre bort, desto bättre bör förutsättningen bli att planera dessa auskultationer.

Om förslaget accepteras kommer berörda parter (referensgruppen enligt ovan) i nästa steg att skapa en regiongemensam rutin för utredning och uppföljning i samband med njurbäckenplastik. Detta i kombination med utnyttjande av den nationella patientöversikten bör kunna minimera den typ av osäkerhet som beskrivits ovan vid överföring mellan län. Även patienter som fortsättningsvis överförs utöver den definierade fördelningen (exempelvis från SUS till CLV) kommer att ha nytta av tydligare gemensamma rutiner.

Rita Jedlert  
Direktör

## Projekt regional arbetsfördelning

# Delprojekt 3. Kirurgi för benign sjukdom i njurarna

### Bakgrund

I den plan för fördelning av kirurgi för malign sjukdom i njurarna inom Södra sjukvårdsregionen som 2016 godkändes av Södra regionvårdsnämnden ingår ett förslag att utreda överföring av benign njurkirurgi från Skånes Universitetssjukhus (SUS) till Region Kronoberg. Uppdraget för utredningen har i en reviderad version utvidgats till att innefatta kartläggning av benign njurkirurgi i hela Södra sjukvårdsregionen.

### Patientkategorier

Den största enskilda diagnosgruppen inom kategorin benign njurkirurgi utgörs av hydronefros till följd av förträngning i övergången mellan njurbäcken och urinledare (striktur i pelvouretärövergången). Ingreppet som regelmässigt görs för att korrigera detta tillstånd benämns njurbäckenplastik (pyeloplastik) och utförs vanligen med minimalinvasiv teknik och företrädesvis robotassisterat.

Operation där en njure tas bort (nefrektomi) av andra skäl än en förmodat malign tumör är den näst största entiteten. Orsaker till nefrektomi innefattar exempelvis vidgning av njurbäckenet där bristande funktion hos njuren inte motiverar rekonstruktiv operation som njurbäckenplastik, eller icke-fungerande njure som leder till infektion eller svårbehandlad blodtrycksförhöjning. En del av en njure kan opereras bort genom så kallad partiell nefrektomi eller njurresektion på grund av exempelvis en godartad cysta som ger mekaniska besvär eller en godartad tumör med blödningsrisk.

Njurstenkirurgi är en separat process som inte berörs i denna utredning. I sällsynta fall kan de metoder som här diskuteras användas även vid komplicerad njurstenssjukdom.

### Patientprocesser

Patientprocessen för njurbäckenplastik innefattar utredning av njurarna med morfologisk och funktionell bilddiagnostik. Tillståndet kan upptäckas genom karakteristiska symtom eller som bifynd vid annan utredning. Medfödda tillstånd upptäcks numera som regel redan under fostertiden och korrigeras i barndomen. Även i sådana fall kan dock problem återkomma under vuxenlivet och kräva omoperation.

I vissa fall kräver symtomen avlastning av njuren vilket innebär inläggning av en inre kateter från njuren till urinblåsan alternativt en kateter som leder ut urinen från njuren via huden. Detta kan vara nödvändiga åtgärder för att inte riskera en hotad njurfunktion, men medför samtidigt oftast en sänkt livskvalitet i väntan på operation med njurbäckenplastik. Båda typerna av kateter behöver dessutom bytas med jämna mellanrum om väntetiden till operation är lång, en inre kateter i form av ett kort ingrepp som ofta kräver narkos.

Vid avlastning med inre kateter rekommenderas oftast att denna avlägsnas kort tid före operationen, vilket kräver ett separat besök hos läkare eller specialutbildad sjuksköterska. Under operationen läggs en ny inre kateter för avlastning under läkningstiden och denna behöver i sin tur också avlägsnas en tid efter operationen. Vårdtiden efter en operation är oftast 2-3 dagar. Resultatet av operationen utvärderas dels med en röntgenkontroll för morfologisk bedömning och dels något senare genom en funktionell undersökning med nuklearmedicinsk teknik, renografi, vilken bedömer avflödesförhållandena från den opererade njuren och fördelningen i funktion mellan de båda njurarna i relation till samma fördelning före operationen. De exakta rutinerna för uppföljning skiljer sig sannolikt mellan olika kliniker och har olika grad av standardisering.

För övriga kategorier inom gruppen benign njurkirurgi är patientprocessen mindre enhetlig och möjlig att standardisera. I stort sett samtliga fall kräver bildiagnostisk kartläggning för planering av operationen. I många fall används även bildiagnostik för att bedöma det postoperativa resultatet, men funktionell bedömning eller långtidsuppföljning behövs vanligen inte. Dessa typer av ingrepp har låg volym vid flertalet berörda centra.

### **Volymer och data**

Som typår för beskrivning av volymer och data har 2016 studerats. Detta år genomfördes vid SUS 22 njurbäckenplastiker, 5 nefrektomier av benign orsak och 3 resektioner av njurcystor. Urologsektionerna på Centralsjukhuset i Kristianstad och Helsingborgs lasarett remitterade patienter till SUS för njurbäckenplastik. I Region Kronoberg utfördes 8 njurbäckenplastiker och 3 benigna nefrektomier. Av de 8 förstnämnda var 5 remitterade från grannlän (3 från Skåne och 2 från Blekinge). I Blekinge Läns landsting utfördes 1 njurbäckenplastik. I Region Halland utfördes 10 njurbäckenplastiker, 2 benigna nefrektomier och 2 njurcystresektioner 2016 och inga patienter remitterades från regionens södra del.

Väntetiden för njurbäckenplastik vid SUS under 2016 varierade från 66 till 379 dagar, median 151 dagar. Samma siffror för Region Kronoberg var 48 till 302 dagar, median 102. För utomlänspatienter anges tiden från operationsanmälan på hemorten. Den varierande väntetiden speglar att det rör sig om ett godartat tillstånd med en i vissa fall så kallad relativ operationsindikation. I flera av dessa fallen är det också patientönskemål som leder till fördröjd operation.

Siffror över volym och väntetid är inte automatiskt möjliga att extrapolera till en aktuell situation. Enligt muntlig kontakt i oktober 2017 har man vid SUS ingen utsikt att rutinmässigt kunna erbjuda operation för benign njursjukdom inom överskådlig tid. Kapaciteten begränsas i nuläget av personalbrist inom kategorier nödvändiga för operationsverksamhet samt undanträngningseffekt av maligna diagnoser i det egna upptagningsområdet och diagnoser med regionalt uppdrag. Förutom till Region Kronoberg har patienter remitterats till Carlanderska sjukhuset, Göteborg och Universitetssjukhuset, Örebro. I Blekinge har kapaciteten förbättrats avsevärt och under 2017 utfördes 4

njurbäckenplastiker och totalt 43 njuringrepp (mestadels robotassisterat, en del med öppen teknik). I Halland utfördes under 2017 färre operationer än 2016, nämligen 5 njurbäckenplastiker. Detta avspeglar troligen en naturlig variation snarare än förändrad kapacitet eller operationsbedömning.

### **Resurser och kompetensförsörjning**

Vid SUS som är regionens referenscentrum finns alla tekniska resurser för de aktuella operationerna i form av *Da Vinci*-robot och stor erfarenhet att använda sådan. Den mest seniora njurkirurgen med störst erfarenhet av minimalinvasiv njurkirurgi har nyligen pensionerats, men kommer inledningsvis att stötta de två yngre specialister som övertar ansvaret.

Vid Helsingborgs lasarett arbetar 1 specialistläkare med njurkirurgi och 1 läkare är under utbildning. Robotassisterad teknik tillämpas inte inom njurkirurgin och även här råder starkt begränsad operationskapacitet. I Helsingborg utförs nefrektomi med öppen eller laparoskopisk teknik, men i nuläget görs mycket få operationer för benign sjukdom.

Vid Centralsjukhuset i Kristianstad saknas erfarenhet av njurkirurgi men en mer stabil urologsektion är under uppbyggnad och kompetensförsörjningen är mer gynnsam än på lång tid.

I Blekinge läns landsting är 1 specialistläkare ansvarig för njurkirurgin som bedrivs robotassisterat och öppet, och 2 läkare är under utbildning.

I Region Kronoberg, på Centrallasarettet i Växjö (CLV) arbetar huvudsakligen 2 specialistläkare dedikerat med njurkirurgi och både robotassisterad, konventionell laparoskopisk och öppen teknik finns tillgänglig. Fler specialistläkare har olika grad av erfarenhet av teknikerna och samtliga har lång förväntad kvarvarande yrkesverksam tid (>20 år). Kompetensförsörjningen är därmed mycket god och även operationsresurserna är förhållandevis goda.

I Region Halland arbetar 2 erfarna specialistläkare och 1 yngre specialistläkare med njurkirurgi som utförs mestadels robotassisterat och ibland med öppen teknik.

### **Utbildningsaspekter**

Kunskap om de tillstånd som är förknippade med behandling med njurbäckenplastik ingår i delmål c7 i specialistutbildningen i urologi, "Sten och obstruktion i övre urinvägar". Den specifika punkten "behandling av strikturer i PUV och uretär" har det lägsta kunskapskravet i den tregradiga kunskapsskalan, motsvarande att kunna "beskriva" behandlingen. Det är alltså möjligt att bedriva specialistutbildning i urologi även om inte njurbäckenplastik utförs vid den huvudsakliga utbildningskliniken, och auskultation vid opererande enhet kan anses tillräckligt för ST-läkare om inte specialintresse föreligger.

Det finns inget delmål i specialistutbildningen som specifikt berör övrig benign njurkirurgi, utan kunskapen tangeras av exempelvis delmål c5 (urologiskt

trauma) och c6 (urologisk cancer). Även inom dessa delmål har moment med anknytning till njurkirurgi kunskapskraven "beskriva".

### **Forskning och utveckling**

Inom den benigna njurkirurgin saknas väldefinierade vårdprogram och omhändertagandet präglas därför av lokala traditioner med variation vad gäller exempelvis utredning, peroperativa rutiner och uppföljningens längd och utformning. Skapande av ett enhetligt gemensamt uppföljningsprogram kan ge bättre förutsättningar både för en jämlik vård i regionen och för forsknings- och utvecklingsarbete inom fältet.

### **Problemområden/utvecklingsområden**

Erfarenheten av de patienter som sedan tidigare överförts mellan län för operation med njurbäckenplastik indikerar att informationsöverföring mellan sjukhusen i något/några fall inte varit tillfredsställande, enligt ansvariga i hemlandstinget. Det bör påpekas att dessa överföringar skett enligt individuell bedömning med tillämpande av sedvanlig vårdgaranti och inte som en del av en strukturerad omfördelning. Det har saknats ett tydligt program med ansvarsfördelning vad gäller uppföljning av patienter över länsgränser. Dessutom finns enligt ovan sannolikt lokala variationer och eventuellt otydligt definierade rutiner vad gäller uppföljning.

Samtal med en patient som under 2017 genomgått operation i annat län än det egna belyser också att informationsöverföringen mellan län med olika journalsystem kan utgöra en svag punkt i vårdkedjan. Vid postoperativt problem på hemorten saknas omedelbar kännedom om detaljer kring ingreppet och de ansvariga för operationen finns inte till hands.

### **Konklusion**

Njurbäckenplastik kan betraktas som ett ingrepp som ger värdefull erfarenhet av robotassisterad kirurgi, vad gäller såväl hantering av *Da Vinci*-roboten och positionering av utrustningen som för att utveckla färdigheten i dissektion av njuren och sutureringsteknik. Med hänvisning till tidigare beskrivna generationsskifte vid SUS urologiklinik och för klinikens status som referenscenter är det därför av stort värde att där ha tillgång till denna operationsmetod även framöver.

Utredningen föreslår därför att njurbäckenplastik fortsättningsvis bedrivs vid SUS med omhändertagande av de patienter som tillhör klinikens primära upptagningsområde. För övriga Skåne föreslås att patienter rutinmässigt hänvisas till Region Kronoberg. Avdelningschefen på vårdavdelningen för urologiska patienter på CLV, operationskoordinatören för sektionen samt berörda läkare gör bedömningen att det finns kapacitet för omhändertagande av denna kategori patienter, som kan uppskattas till högst ett 10-tal operationer årligen.

För Region Halland och Landstinget Blekinge föreslås fortsatt möjlighet att utföra njurbäckenplastik med hänvisning till utbildningsfrågan och patientnärlighet. Det är läkarprofessionens tydliga bedömning att totalantalet

njuroperationer och fördelningen av dessa på antalet operatörer ger ett bättre mått på acceptabel operationsvolym än att isolerat studera en enskild operationstyp, eftersom olika njuringrepp ger likvärdig eller kompletterande erfarenhet.

Utöver det ökade uppdraget för Region Kronoberg föreslås att liksom tidigare erbjuda patienter med lång väntetid från övriga delar av Södra sjukvårdsregionen operation i Växjö enligt individualiserad bedömning.

Behov av att utföra en oplanerad nefrektomi kan, trots målbeskrivningens förhållandevis låga krav, alltid uppkomma vid ett sjukhus med traumaomhändertagande. Eftersom nefrektomi är ett viktigt grundläggande urologiskt ingrepp rekommenderas inte en omfördelning av dessa operationer inom regionen.

För att säkra utbildning av särskilt intresserade läkare i regionen bör utbildningsläkare från övriga sjukhus erbjudas möjlighet att komma till CLV och delta vid operationer av i första hand patienter från hemsjukhuset. Ju större koncentration av operationer som kan göras till Växjö jämfört med att patienter remitteras längre bort, desto bättre bör förutsättningen bli att planera dessa auskultationer.

#### **Utformning av samarbetet**

Om förslaget accepteras kommer berörda parter (referensgruppen enligt nedan) i nästa steg att skapa en regiongemensam rutin för utredning och uppföljning i samband med njurbäckenplastik. Detta i kombination med utnyttjande av den nationella patientöversikten bör kunna minimera den typ av osäkerhet som beskrivits ovan vid överföring mellan län. Även patienter som fortsättningsvis överförs utöver den definierade fördelningen (exempelvis från SUS till CLV) kommer att ha nytta av tydligare gemensamma rutiner.

Den preoperativa utredningen liksom postoperativ uppföljning bör skötas av respektive specialistklinik på hemorten. Ett besök för inskrivning på den opererande kliniken behöver dock ske och målsättningen bör vara att kunna samordna detta med avlägsnande av inre kateter i de fall det är aktuellt, cirka en vecka före operationen. Återkoppling av postoperativ återhämtning och av långtidsresultatet bör ske till opererande klinik.

#### **Ekonomiska konsekvenser**

I ekonomiskt hänseende motsvarar den aktuella DRG-koden M06E en ersättning om 89 678 kr, vilket inkluderar den vårdtid som är aktuell (enligt schablon upp till 13 dygn). Ersättning för resor och eventuell hotellövernattning tillkommer, eftersom det inte kan garanteras att vårdplats kan erbjudas preoperativt.

#### **Implementeringsplan**

Omfördelningen kan träda i kraft omgående enligt etablerade kanaler för överföring av patienter. Gemensamma riktlinjer kan införas fortlöpande.

Utvärdering bör göras årligen med avseende på resultat, tillgänglighet, tillgodoseende av utbildning och eventuella förändringar i kompetensförsörjning.

**Författare**

**Henrik Björkman**

**Överläkare, Region Kronoberg**

**Referensgrupp**

**Peter Elfving, överläkare, SUS**

**Violeta Karadzic, specialistläkare, SUS**

**Magnus Wagenius, överläkare, Helsingborgs lasarett**

**Rebecca Stenhoff, specialistläkare, Centralsjukhuset i Kristianstad**

**Amer Mousa, överläkare, Blekingesjukhuset**

**Sadik Avdic, specialistläkare, Hallands sjukhus**

**Särskilt tack till**

**Anna Arvidsson, SUS, Gerd Andersson, CLV, Emelie Sztanski och Barbro Tilling, Blekinge**

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2018-04-23****Delprojekt 5 Ortopedi – ryggkirurgi, projekt regional arbetsfördelning,  
Södra Regionvårdsnämnden**

Ortopedklinikerna i Södra sjukvårdsregionen har en välfungerande regional medicinsk kunskapsgrupp och regional chefsamordningsgrupp med regelbundna möten. Inom den regionala chefsamordningsgruppen har diskuterats att verka för "ordnat införande" av nya behandlingsmetoder samt "ordnat avslutande" av ej värdeskapande/dåliga behandlingsmetoder.

En arbetsgrupp har arbetat fram en rad förslag med intentionen att förbättra och förstärka ryggkirurgin inom Södra sjukvårdsregionen.

I ärendet förelåg skrivelse 2018-03-12 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

- att** rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i rapport daterad 2018-03-12
  
- att** beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid andra mötet år 2019.

**Bilagor**

Skrivelse 2018-03-12, Södra Regionvårdsnämndens kansli

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Delprojekt 5. Ortopedi – ryggkirurgi, projekt regional arbetsfördelning, Södra Regionvårdsnämnden**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2018-03-12
2. Att beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid andra mötet år 2019

### **Bakgrund**

Ortopedklinikerna i Södra sjukvårdsregionen har en välfungerande regional medicinsk kunskapsgrupp och regional chefsamordningsgrupp med regelbundna möten. Inom den regionala chefsamordningsgruppen har diskuterats att verka för "ordnat införande" av nya behandlingsmetoder samt "ordnat avslutande" av ej värdeskapande/dåliga behandlingsmetoder.

Flaskhalsar finns beträffande ryggkirurgin i Södra sjukvårdsregionen. Kan samarbete/fördelning av patienter inom Södra sjukvårdsregionen förbättra tillgängligheten för patienterna? Andra samverkansformer som t.ex. utbildning inom ryggkirurgin. Kan samverkan mellan privata och offentliga vårdgivare förbättras?

En arbetsgrupp har arbetat fram en rad förslag med intentionen att förbättra och förstärka ryggkirurgin inom Södra sjukvårdsregionen. Arbetsgruppen har följande medlemmar:

Sektionschef Niklas Mårtensson, VE Ortopedi, SUS Region Skåne (Ordförande)  
Verksamhetschef Jan Axelsson, Ortopeden, Region Halland  
Verksamhetschef Tomas Ericsson, Ortopeden, Landstinget Blekinge  
Verksamhetschef Jonas Johansson, Ortopeden, Region Kronoberg

Utifrån redovisad analys i rapporten föreslås följande förslag på ökat samarbete/arbetsfördelning:

- Delprojektarbetet och arbetssättet har redan resulterat i ökat samarbete.
  - Vi har vänt på vissa flöden där Blekinge opererar en del patienter från SUS kö som de privata bedömer att vara för sjuka för att göra hos dem och Halmstad har genomfört mer avancerad akut kirurgi än tidigare.

- Auskultanter och ST-läkare har varit och kommer att komma till SUS från andra enheter.
- Vi har tätare informella kontakter nu.
- Vi har funnit att det finns kompetens på vissa enheter som andra skulle ha stor nytta av att ta upp. Exempelvis opererar man dagkirurgiska diskbråck i Halmstad vilken de andra enheterna ska försöka ta efter.
- Tillgången till en stor elektiv enhet kan användas för utbildning av nya ryggkirurger i hela Södra sjukvårdsregionen. Aleris opererande mellan 400 och 450 ryggar årligen men om vi kan lösa det organisatoriskt finns det möjlighet till att operera det dubbla. Det skulle då innebära att hela Södra sjukvårdsregionen klarar tillgänglighetsmålen och därigenom vårdgarantin.
- Det finns ett värde att ansvariga från alla enheter sammanstrålar årligen för att stämma av gemensamma eller specifika problem, i vilken mån det finns möjlighet att hjälpa varandra och stämma av de egna kompetensförsörjningsplanerna.
- Det har varit en årlig utbildningsdag för alla ryggkirurger i Södra sjukvårdsregionen men vi har inte haft någon de senaste åren och det vill vi återuppta.
- Fördjupat FOU-samarbete.

Rita Jedlert  
Direktör

## Projekt regional arbetsfördelning

### Delprojekt 5. Ortopedi – ryggkirurgi



#### Bakgrund

Ortopedklinikerna i Södra sjukvårdsregionen har en välfungerande regional medicinsk kunskapsgrupp och regional chefsamordningsgrupp med regelbundna möten. Inom den regionala chefsamordningsgruppen har diskuterats att verka för ”ordnat införande” av nya behandlingsmetoder samt ”ordnat avslutande” av ej värdeskapande/dåliga behandlingsmetoder.

Flaskhalsar finns beträffande ryggkirurgin i Södra sjukvårdsregionen. Kan samarbete/fördelning av patienter inom Södra sjukvårdsregionen förbättra tillgängligheten för patienterna? Andra samverkansformer som t.ex. utbildning inom ryggkirurgin. Kan samverkan mellan privata och offentliga vårdgivare förbättras?

#### Målsättning med delprojekt

Målsättningen med delprojektet är en att göra en nulägesanalys och att komma med förslag på framtida arbetsfördelning och ökat samarbete

#### Gruppmedlemmar

Sektionschef Niklas Mårtensson, VE Ortopedi, SUS Region Skåne (Ordförande)  
Verksamhetschef Jan Axelsson, Ortopeden, Region Halland  
Verksamhetschef Tomas Ericsson, Ortopeden, Landstinget Blekinge  
Verksamhetschef Jonas Johansson, Ortopeden, Region Kronoberg

#### Tidplan

En första delrapport maj-juni 2017. Slutrapport februari 2018.

#### Uppdraget till gruppen

Förslag skall utgå från patientprocessen samt beakta såväl FoU som resurser och kompetensförsörjning inom området. I uppdraget ingår också att beskriva eventuella effekter för närliggande områden. Önskvärt är patientmedverkan under arbetets gång.

#### Arbetsmetod, tillägg, avgränsning och metodbegränsningar

Alla verksamhetschefer har rapporterat in data. Diskussion med alla verksamhetschefer och de flesta ryggoperatörer i regionen. Niklas Mårtensson har besökt Halmstad och Karlshamn. Neurokirurgens ryggkirurgi har inkluderats.

Ryggmärgsrehabiliteringen (Orup) ingick inte i uppdraget och har heller inte inkluderats. Det som presenteras är beroende av vad som rapporterats in. Data från de olika enheterna har tagits fram ur olika system och redovisar inte alltid samma saker.

Arbetsättet gjorde att det var svårt att ha patientmedverkan i delprojektet.



## Nuläge

Data togs fram under 2017 och avser 2016. Inga avgörande skillnader avseende volym hände under 2017, däremot kommer det att ske en stor förändring under våren 2018.

De opererande enheterna har själva rapporterat in data till delprojektgruppen och Niklas Mårtensson har sammanställt materialet.

Det bedrevs ryggkirurgisk verksamhet i alla ingående landsting och regioner. Det är dock stora skillnader mellan de olika enheternas uppdrag.

*Halland, Blekinge och Kronoberg* tar hand om sin elektiva volymkirurgi, i praktiken degenerativ ländrygg, t ex. Spinal stenosis och Diskbråck. Kronoberg har inte helt klarat sin volym men har ett separat bilateralt avtal med Blekinge. Blekinge opererar även halsryggar. De sköter även de akuta degenerativa ländryggsfallen. Halland och Blekinge gör ibland även vissa frakturer och metastaser.

I *Skåne* är det fyra enheter som genomför *elektiv* ryggkirurgi

- Ortopeden SUS
  - Trelleborg (ryggläkare från ort SUS)
- Neurokirurgen SUS
- Ortopeden Hässleholm
- Aleris ortopedi i Ängelholm

I *Skåne* är det två enheter som opererar *akuta* ryggar

- Ortopeden SUS (Malmö)
  - Allt utom **intradurala förändringar**
- Neurokirurgen SUS (Lund)
  - Framför allt halsryggskirurgi och intradurala förändringar

Dessa båda enheter har jourer i tjänst dygnet runt och samarbetar när det behövs.

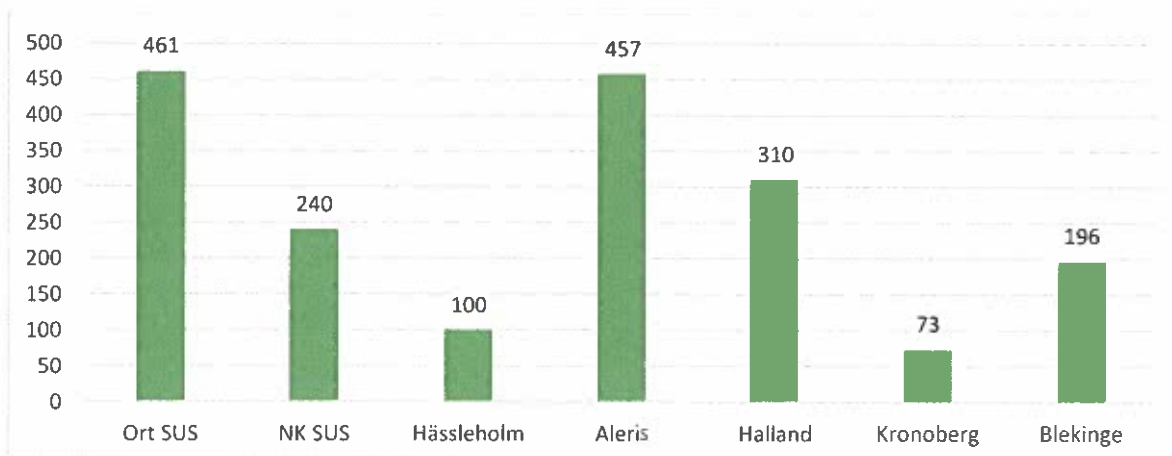
## Kommande förändring

Aleris har på uppdrag av Region Skåne sedan 110401 opererat ryggar i Ängelholm. Avtalet går ut 180331 och det har beslutats att inte göra en ny upphandling. Det innebär ett återtagande av verksamheten till Förvaltning SUND men det är operatörer från ortopedien SUS som kommer att genomföra kirurgin. Det kommer att innebära stora förändringar för framför allt den elektiva ryggkirurgin i Södra sjukvårdsregionen. Det ger också andra möjligheter till utbildning av nya ryggkirurger i hela Södra sjukvårdsregionen och tanken är även att SUS ska kunna lägga en del subakut kirurgi i Ängelholm.

Aleris kommer att starta en ny verksamhet i egna lokaler i Ängelholm och avser att fortsätta operera ryggar. De har dock inget grundavtal utan enbart ett vårdgarantiavtal.

## Kirurgiska volymer

Elektiv rygckirurgi i Södra sjukvårdsregionen 2016



### *Kommentarer:*

Den kirurgi som gjordes i Trelleborg av SUS ortopedier ingår i "Ort SUS".

Volymsiffrorna för den elektiva kirurgin på SUS är sannolikt något för höga då en del av den akuta kirurgin av de interna administrativa systemen klassas som elektiv.

Antal operationer är för vissa jämförelser ett trubbigt mått då en del av kirurgin har kort operationstid och kan genomföras dagkirurgiskt och den andra ytterligheten är heldagskirurgi med planerad IVA-vård i efterförloppet.

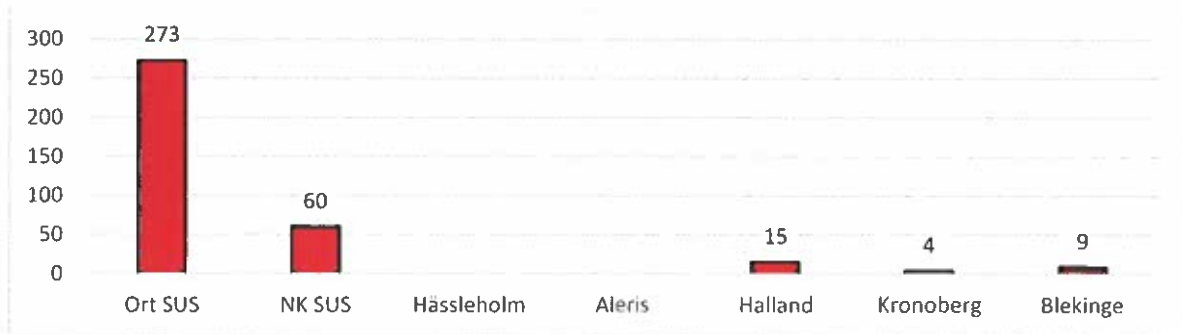
### *Väntetider och tillgänglighet:*

De flesta enheter klarade i huvudsak vårdgarantin. Den enhet som sticker ut negativt är Ortopeden SUS som inte klarade vårdgarantin. Det gällde till viss del för mottagningsbesök men framför allt var det dock väntetiden till operation som var för lång. 107 patienter från Ortopeden SUS blev opererade på andra enheter enligt vårdgarantiavtal 2016.

De patienter som står kvar i kön till Ortopeden SUS är i allmänhet patienter som inte kan opereras någon annanstans i Södra sjukvårdsregionen. Antingen är kirurgin för avancerad eller så är patienten för sjuk. Där är ortopeden SUS ensamutförare. Kontakt har tagits med alla andra universitetskliniker i landet för att se om de kan hjälpa till men då det är samma problem i hela landet har endast enstaka patienter kunnat få hjälp den vägen.

Ett särskilt problem är att i den gruppen finns också en del barn och ungdomar där vi vet att deras felställningar ibland tilltar med ökad väntetid.

Orsaken till den dåliga tillgängligheten på SUS är vårdplatsbrist, det saknas både vårdplatser för vuxna och för barn. I slutet av februari 2018 är 40 % av ortopeden SUS vårdplatser stängda på grund av sjuksköterskebrist.



#### *Kommentarer:*

Här dominerar verksamheten på SUS (Ortopeden + neurokirurgen) stort. Detta trots att en del av den akuta kirurgin registrerats som elektiv i våra system. Hässleholm och Aleris har inget akut uppdrag. Ortopeden SUS och neurokirurgen är, och ska vara, ensamutförare för en stor del av de akuta ingreppen.

Halland, Blekinge och Kronoberg genomförde ett antal akuta operationer, företrädesvis degenerativ ländrygg där typdiagnosen är ett ländryggsdiskbräck. Halland och Blekinge gjorde också några enklare fraktur- och tumörfall.

#### **Kompetensförsörjning och resurssituation 2016, idag och i framåt**

##### *Ryggoperatörer*

Totalt arbetade ungefär 25 självständiga ryggkirurger i Södra sjukvårdsregionen 2016 och det är ungefär lika många idag. Det är sannolikt vad som behövs men det finns ändå några problem:

- Kronoberg har ingen egen, heltidsanställd, ryggoperatör och har inte heller någon som är under upplärning. Det är också svårt att själv klara kompetensförsörjningen när ingen senior kan lära upp yngre. Ortopeden i Växjö har identifierat några yngre läkare som är intresserade av att bli ryggoperatörer. De är dock alla fortfarande ST-läkare varför det kommer att ta några år innan de är självständiga. En ST-läkare kommer dock att vara på ryggsektionen i Malmö varvat med Ängelholm i tre månader senare i vår.
- Blekinge och Halland har idag god bemanning och kompetens men det är dels ganska små grupper av medarbetare vilket gör det sårbart och dels gör gruppernas åldersstruktur med förväntade pensionsavgångar att nyrekryteringar behövs. Från Halland tjänstgjorde en specialist i Malmö under nästan hela 2016 och det kommer en specialist ifrån Blekinge till Malmö/Ängelholm under 2019.
- Aleris har klarat av sin egen kompetensförsörjning och har fem självständiga ryggkirurger.
- Neurokirurgen SUS har haft viss omsättning men klarat av sin egen kompetensförsörjning.
- Hässleholm har en överläkare och en specialistläkare under upplärning. Volymen och patientklientelet gör att de behöver ta hjälp av ortopederna SUS för att bygga upp sin kompetens och det samarbetet pågår sedan flera år.
- Ortopeden SUS har de senaste åren haft flera pensionsavgångar och har två kollegor som fyller 65 år under 2018. Flera av dessa har länge varit såväl kliniskt och forskningsmässigt som verksamhetsledningsmässigt tongivande. Det har dock pågått en aktiv nyrekrytering under flera år och ryggsektionen klarar det uppdrag de har idag.

Då den elektiva volymen minskat på grund av resursbrist har de yngsta behov av volymsträning vilket de nu kan få när Region Skåne återtar den verksamhet som Aleris bedrivit i Ängelholm sedan 2011. Vid uppstarten i Ängelholm 180401 är det dock lite väl få självständiga ryggkirurger men det kommer ändå att fungera.

#### *Övriga resurser och kompetensförsörjning av övriga personalkategorier*

När datainsamlingen inleddes i början av 2017 var det så gott som enbart ortopederna SUS som begränsades av vårdplatsbrist. Ett år senare har de flesta enheter åtminstone i någon mån märkt av vårdplatsbrist eller nyckelkompetensbrist. Sedan kan nyckelkompetensbristen variera både mellan orterna och över tid, det kan vara narkos- eller operationssjuksköterskor eller narkosläkare. Undantaget är Aleris som arbetar enligt helt andra villkor.

De rent elektiva sjukhusen har också både lättare att rekrytera och att behålla personal och drabbas även mer sällan av generella strykningar på grund av brist på vårdplatser på hela sjukhuset.

Ortopeden SUS har periodvis haft problem med postoperativa rygginfektioner vilket i grunden beror på att operationsavdelningen är gammal och byggd efter de behov och krav som fanns när den byggdes. Nya lokaler håller på att byggas men det kommer att ta lång tid innan de är färdiga. Omfattande åtgärder har gjorts och situationen är klart förbättrad och möjligen löst.

#### **FoUU**

Stor verksamhet på ortopederna SUS – 20 publikationer 2016.

Ryggavhandlingar 2014, 2016 och 2017.

Den nytillträdde professorn i Neurokirurgi har en tydlig ryggprofil.

Aleris 2 stycken publikationer 2016.

Alla opererande enheter är med i ryggregistret.

Forskningsarbete mellan Halland och SUS.



#### **Analys av framtagna fakta**

Återtaget av Ängelholmsverksamheten kommer att förändra den ryggkirurgiska kartan i den Södra sjukvårdsregionen. Aleris genomförde 25 % av den totala elektiva kirurgin i Södra sjukvårdsregionen. Eftersom ortopederna SUS har så stora problem med vårdplatser och därför en begränsad möjlighet att genomföra elektiv kirurgi innebär återtaget dels en möjlighet att operera de patienter som väntat mycket länge och dels att det går att utbilda yngre ryggkirurger. Det innebär dock även en stor organisatorisk utmaning.

Hässleholms och Kronobergs volymer är möjligen lite väl låga för att kunna optimera flöden och klara av svåra fall. De har dock ett etablerat samarbete med SUS respektive Blekinge vilket åtminstone till viss del kan kompensera detta.

Bristen på vårdplatser och nyckelkompetenser är ett generellt problem och som alla enheter arbetar på att lösa.

Kronoberg har sedan flera år haft problem att rekrytera ryggkirurger. Det nog helt avgörande för varje enskild verksamhet att man har kontinuerlig ryggoperatörskompetens på den egna enheten. Det finns etablerade samarbeten gällande kompetensförsörjningen som håller på att utvecklas ytterligare.

Det verkar också vara svårt att få specialister att flytta till en annan ort. Förväntade naturliga avgångar gör att samtliga opererande enheter ser över sin kompetensförsörjning och har ett nyrekryteringsbehov under de närmaste åren.

Om man går ner och försöker analysera på individnivå och tittar både på de som redan är självständiga ryggoperatörer och de som är under olika faser av upplärning så är de i så gott som samtliga fall uteslutande upplärda i Södra sjukvårdsregionen. Det är egentligen anmärkningsvärt men går sannolikt att förklara med att det är individer som är i en ålder och i en fas i sin karriär när man ofta hittat sin yrkesmässiga position och sannolikt även är socialt etablerad och i det läget ogärna flyttar. En rimlig tolkning är att vi måste locka ST-läkare till att bli intresserade av ryggkirurgi.

Aleris kommer att börja operera i egna lokaler och GHP genom Skåne Spine Center har mottagning och avser att börja operera i Malmö-Lund-området. Båda enheterna har vårdgarantiavtal med Region Skåne. Ortopeden SUS föreslog tidigt under 2017 att Aleris ryggkirurger skulle delta i ryggjoursverksamheten men det gick inte att genomföra på grund av de avtalsförhållanden som förelåg.



### Förslag på ökat samarbete/arbetsfördelning

- Delprojektarbetet och arbetssättet har redan resulterat i ökat samarbete.
  - Vi har vänt på vissa flöden där Blekinge opererar en del patienter från SUS kö som de privata bedömer att vara för sjuka för att göra hos dem och Halmstad har genomfört mer avancerad akut kirurgi än tidigare.
  - Auskultanter och ST-läkare har varit och kommer att komma till SUS från andra enheter.
  - Vi har tätare informella kontakter nu.
- Vi har funnit att det finns kompetens på vissa enheter som andra skulle ha stor nytta av att ta upp. Exempelvis opererar man dagkirurgiska diskbräck i Halmstad vilken de andra enheterna ska försöka ta efter.
- Tillgången till en stor elektiv enhet kan användas för utbildning av nya ryggkirurger i hela Södra sjukvårdsregionen. Aleris opererande mellan 400 och 450 ryggar årligen men om vi kan lösa det organisatoriskt finns det möjlighet till att operera det dubbla. Det skulle då innebära att hela Södra sjukvårdsregionen klarar tillgänglighetsmålen och därigenom vårdgarantin.
- Det finns ett värde att ansvariga från alla enheter sammanstrålar årligen för att stämma av gemensamma eller specifika problem, i vilken mån det finns möjlighet att hjälpa varandra och stämma av de egna kompetensförsörjningsplanerna.
- Det har varit en årlig utbildningsdag för alla ryggkirurger i Södra sjukvårdsregionen men vi har inte haft någon de senaste åren och det vill vi återuppta.
- Fördjupat FOU-samarbete.

**SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN 2018-04-23****Inrättande av en Högisoleringsenhet vid Skånes universitetssjukhus**

Efter Ebolaepidemin 2014-15 kallade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen till möte i december 2015 med landets infektionskliniker. Vid mötet konstaterades att samordningen varit låg mellan landets infektionskliniker och att det vore önskvärt med högre beredskap i de tre storstadsregionerna. Det klargjordes också att myndigheterna ser en utökad beredskap som en landstingsuppgift.

Ledningsgruppen för Södra sjukvårdsregionen har diskuterat detta vid upprepade tillfällen och konstaterat att det inte är en fråga om det blir en ny internationell epidemi utan mer en fråga om när.

SUS kan utveckla en högisoleringsenhet inom VO infektionssjukdomar och ledningsgruppen i Södra sjukvårdsregionen har ställt sig positiv till solidarisk finansiering. Förslaget stöds av samtliga verksamhetschefer för infektionskliniker och smittskyddsläkare inom regionen.

I ärendet förelåg skrivelse 2018-04-09 från Södra Regionvårdsnämndens kansli.

**Södra Regionvårdsnämndens beslut**

**att** ställa sig bakom förslaget om etablering av en solidariskt finansierad högisoleringsenhet vid Skånes universitetssjukhus.

**Bilagor**

Skrivelse 2018-04-09, Södra Regionvårdsnämndens kansli

2018-04-09

Till  
Södra Regionvårdsnämnden

## **Inrättande av en Högisoleringsenhet vid Skånes Universitetssjukhus**

Förslag till beslut

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att ställa sig bakom förslaget om etablering av en solidariskt finansierad högisoleringsenhet vid Skånes Universitetssjukhus

Efter Ebolaepidemin 2014-15 kallade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen till möte i december 2015 med landets infektionskliniker. Vid mötet konstaterades att samordningen varit låg mellan landets infektionskliniker och att det vore önskvärt med högre beredskap i de tre storstadsregionerna. Vidare klargjordes att myndigheterna ser en utökad beredskap som en landstingsuppgift. Frågan har vid upprepade tillfällen diskuterats i ledningsgruppen för södra sjukvårdsregionen och samtliga har konstaterat att det inte är en fråga om det blir en ny internationell epidemi utan mer en fråga om när.

SUS kan utveckla en högisoleringsenhet inom VO infektionssjukdomar och ledningsgrupp i Södra sjukvårdsregionen som har ställt sig positivt till solidarisk finansiering. Förslaget stöds av samtliga verksamhetschefer för infektionskliniker och smittskyddsläkare inom regionen.

### **I ärendet finns följande dokument**

1. Beslutsförslag Protokollsutdrag från Sjukvårdsnämnden SuS §55/17

Rita Jedlert

## § 55 Inrättande av högisoleringsenhet- SUS

Diarienummer 1702108

### Sjukvårdsnämnd SUSs beslut

1. Sjukvårdsnämnd SUS ställer sig bakom inrättandet av högisoleringsenhet inom VO infektionssjukdomar, under förutsättning att Södra sjukvårdsregionen beslutar om solidarisk finansiering.

Sjukvårdsnämnd SUS föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden följande

2. Hälso- och sjukvårdsnämnden beaktar finansiering av högisoleringsenhet i budget 2018, under förutsättning att Södra sjukvårdsregionen beslutar om solidarisk finansiering.

### Sammanfattning

Efter Ebolaepidemin 2014-15 kallade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen till möte i december 2015 med landets infektionskliniker. På mötet klargjordes att samordningen varit låg mellan landets infektionskliniker och att det vore önskvärt med högre beredskap i de tre storstadsregionerna. Vidare klargjordes att myndigheterna ser en utökad beredskap som en landstingsuppgift. SUS kan utveckla en högisoleringsenhet inom VO infektionssjukdomar och har väckt frågan i Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp som ställt sig positivt till solidarisk finansiering. Förslaget stöds av samtliga verksamhetschefer för infektionskliniker och smittskyddsläkare inom regionen.

### I ärendet finns följande dokument

1. Beslutsförslag 2017-06-14
  2. Uppdrag från Hälso- och sjukvårdsdirektör
-

Vid protokollet  
Gustaf Hallqvist

Rätt utdraget intygar

Maria Dahlberg

---

Sänt till:  
B. Eriksson, Skånes universitetssjukvård  
L. Woin, Skånes universitetssjukvård  
Hälso- och sjukvårdsnämnden

Lena Woin  
Enhetschef  
046-17 28 97  
Lena.Woin@skane.se

## BESLUTSFÖRSLAG

Datum 2017-06-14

Dnr 1702108

1 (4)

Sjukvårdsnämnd SUS

## Inrättande av högisoleringsenhet- SUS

### Ordförandens förslag

1. Sjukvårdsnämnd SUS ställer sig bakom inrättandet av högisoleringsenhet inom VO infektionssjukdomar, under förutsättning att Södra sjukvårdsregionen beslutar om solidarisk finansiering.

Sjukvårdsnämnd SUS föreslår hälso- och sjukvårdsnämnden följande

1. Hälso- och sjukvårdsnämnden beaktar finansiering av högisoleringsenhet i budget 2018, under förutsättning att Södra sjukvårdsregionen beslutar om solidarisk finansiering.

### Sammanfattning

Efter Ebolaepidemin 2014-15 kallade Folkhälsomyndigheten och Socialstyrelsen till möte i december 2015 med landets infektionskliniker. På mötet klargjordes att samordningen varit låg mellan landets infektionskliniker och att det vore önskvärt med högre beredskap i de tre storstadsregionerna. Vidare klargjordes att myndigheterna ser en utökad beredskap som en landstingsuppgift. SUS kan utveckla en högisoleringsenhet inom VO infektionssjukdomar och har väckt frågan i Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp som ställt sig positivt till solidarisk finansiering. Förslaget stöds av samtliga verksamhetschefer för infektionskliniker och smittskyddsläkare inom regionen.

I ärendet finns följande dokument

1. Beslutsförslag 2017-06-14
2. Uppdrag från Hälso- och sjukvårdsdirektör

### Beskrivning av ärendet och skälen för förslaget

Efter Ebolaepidemin 2014-15 kallade folkhälsomyndigheten (FoHM) och socialstyrelsen till möte i december 2015 med landets infektionskliniker. Ett uppföljande möte hölls i december 2016. Det framkom att samtliga landets 25 infektionskliniker utfört ett likartat arbete med att uppdatera planer, öva personal och uppdatera personlig skyddsutrustning. Samordningen hade varit låg. Beredskapen för mer än en patient i Sverige var otillfredsställande. Nuvarande beredskap finns på infektionskliniken i Linköping. Myndigheterna framförde att en ökad beredskap i storstadsregionerna vore önskvärd.

SUS har möjlighet att utveckla en sådan beredskap inom VO infektionssjukdomar i Malmö. Vid en genomgång av FoHM under 2015 framkom att beredskap på SUS är det alternativ som kan inrättas med minst kostnad, eftersom investeringar i lokaler är minst jämfört med Göteborg, Stockholm och Linköping.

Myndigheterna har på mötena poängterat att beredskap är en landstingsuppgift och att deras uppgift är samordning.

SUS har presenterat ett förslag att utveckla högisoleringsvård inom VO infektionssjukdomar på ledningsgrupp för Södra regionvårdsnämnden och då föreslagit solidarisk finansiering. Efter förankring hos smittskyddsläkare inom regionen och ambulansverksamheten i Skåne gav ledningsgruppen 2016-08-19 uppdrag att ta fram budget och tydligare plan följt av ett uppdrag till överläkare Peter Lanbeck från hälso- och sjukvårdsdirektören 2016-11-15.

Inblandade aktörer samlades till ett möte i februari 2017 och underlag för investeringar och drift har därefter lämnats.

Högsmittsam sjukdom kan vara av olika typ. Planen nedan gäller viral hemorragisk feber (VHF) (t.ex. Ebola), SARS eller SARS liknande sjukdom. Tuberkulos med hög resistens och sk emerging infections, dvs idag ej kända sjukdomar som initialt måste handläggas som högsmittsamma.  
*Övergripande plan*

Mål:

- Att fullt ut handlägga en IVA-patient med högsmittsam sjukdom i tre veckor
- Att bistå regionen med övningar, PM och hämtning av patient med misstänkt högsmittsam sjukdom
- Resursbehov:
- 1 läkare 25 % + 1 sjuksköterska 50 % för planering och upprätthållande av övningar

- Ett lag med ca 50 personer från VO infektion SUS, VO IPV, VO akutsjukvård och intermedicin samt övriga enheter i Skåne som tränar regelbundet
- Övningar 2 ggr/år
- Övningar på samtliga akutmottagningar i södra sjukvårdsregionen 1 ggr/år
- Planer (kommunikation, säkerhet, vårdhygien mm)
- Övningar ambulans
- Beredskap lab
- Tillkommande investeringar:
  - Särskild smittambulans
  - Uppgradering ventilation
  - Säkerhetslaboratorium
  - Avfallshantering genom brännugn alternativt autoklav

#### Scenario:

En patient söker vård i regionen och misstanke om högsmittsam sjukdom uppstår - samtal till högisoleringsenhet - beslut om transport - ambulans hämtar - direkt till infektionsavdelning i Malmö.

#### Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Driftkostnader	3 010 000	1 630 000	1 650 000
Kapitaltjänstkostnad investeringar	535 000	1 005 000	987 000
Kamera,skärm, kabeldragning	50 000		
Säkerhetslab	250 000	250 000	250 000
Beredskap sekundärcentrum klin kem	325 000	325 000	325 000
Beredskap Biomed analytiker	130 000	130 000	130 000
	<b>4 300 000</b>	<b>3 340 000</b>	<b>3 342 000</b>

#### Andelar

Blekinge	156 253	8,8%
Halland	131 661	7,4%
Kronoberg	191 369	10,7%
Skåne	1 303 627	73,1%
<b>Totalt</b>	<b>1 782 910</b>	<b>100,0%</b>

Kostnaden per innevånare i regionen blir ca 1,85 kronor/år.

Kostnaderna för de åtgärder som igångsattes i regionen under 2014-15 har inte beräknats exakt men överstiger med säkerhet 1 miljon kronor per infektionsklinik och mer på SUS dvs >7 miljoner kronor.

#### **Juridisk bedömning**

Samråd med regionjurist har inte bedömts nödvändig.

#### **Miljökonsekvenser**

Förslaget bedöms innebära ringa miljökonsekvenser. Användning av skyddsutrustning och kassation av denna kan antas minska eftersom planerade övningar innebär att inte alla behöver ha lika stora lager.

#### **Samverkan med berörda fackliga organisationer**

Genomförs lokalt vid införande.

#### **Uppföljning**

Uppföljning sker inom ordinarie verksamhetsuppföljning.

Ingrid Lennerwald  
Ordförande

Björn Eriksson  
Förvaltningschef