

SÖDRA REGIONVÅRDSNÄMNDEN**Datum/tid:** 2018-06-07 kl 13.00
Lunch serveras kl 12.00**Plats:** Hotell Tylösand, Halmstad**Ärenden**

13.00-13.05

1 Justering**2 Södra Regionvårdsnämndens verksamhetsberättelse, årsredovisning och granskningsrapport för år 2017** ./. **3 Tarmcancerscreening** ./.
*Birger Pålsson***4 Delprojekt 11 Skopiutredning** ./. **5 Delprojekt 8 Benign kirurgi kolon och rektum** ./. **6 Delprojekt 9 Esofagus/Ventrikel** ./. **7 Delprojekt 7 Stroke, simuleringsmodell för att optimera beslutsstrategier** ./.

14.45-15.15

Kaffe**8 Högisoleringsenhet** ./.
Peter Lanbeck

9 Förlängning av cancerplanen

RCC Syds styrelse föreslår:

- a) att nuvarande plan förlängs t o m 30 juni 2019
- b) RCC Syd får i uppdrag att utarbeta en uppdaterad regional cancerplan som kan ersätta nuvarande plan fr o m 1 juli 2019

Länk till regional cancerplan 2015-2018

<https://www.cancercentrum.se/syd/vara-uppdrag/strategisk-utvecklingsplan/>

10 Nominering till interimistisk nämnd för nationell högspecialiserad vård

./.

11 Återrapportering från Socialstyrelsens information 2018-05-17 om ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården

12 Anmälningssärenden (handlingarna finns tillgängliga vid sammanträdet)

./.

1 Regionala medicinska kunskapsgrupper

Minnesanteckningar

Barn- och ungdomars hälso- och sjukvård
2017-11-28

Luftvägssjukdomar 2018-03-21

Nervsystemets sjukdomar 2018-04-27

Palliativ vård 2018-05-07

Psykisk hälsa 2018-03-05

2 Regional medicinsk resursgrupp

Minnesanteckningar

Allmänmedicin 2018-04-25

3 Chefssamråd

Minnesanteckningar

Infektion 2017-11-23—24

Ortopedi 2018-04-09

4 Framtidens specialistläkare 2018-05-07

16.25-16.30

13 Övrigt

Verksamhetsberättelse 2017 för Södra Regionvårdsnämnden

Södra Regionvårdsnämnden vill för verksamhetsår 2017 lämna följande verksamhetsberättelse.

Nämnden har under året haft fyra sammanträden. Två sammanträden har varit från lunch-lunch som haft ett seminarium kring aktuella ämnen under den ena dagen och ett beslutssammanträde den andra dagen. Två sammanträden har varit endagsmöten.

Under 2017 har nämnden genomfört följande seminarier:

- Mot ett ordnat införande av tarmcancerscreening.
- Fördjupad information om projektet regional arbetsfördelning.
- Forskningens dag, solen – på gott och ont.

I samband med beslutssammanträdena har det varit information om palliativ vård kopplat till kvalitetsregistren, cancer och cancervård, Centrum sällsynta diagnoser, samt om projektet regional arbetsfördelning.

Utgångspunkten för nämndens arbete är det gällande Regionavtalet samt nämndens arbetsordning från 2015. Avtalets arbetsområden är ambitiösa men möjligheterna till samverkan/samordning kommer ytterst att vila på viljan hos respektive avtalspart.

Nämndens strategiska plan ligger till grund för inriktning av arbetet och kan enligt planen inrymmas inom nedanstående områden.

- Kunskapsstyrning genom riktlinjer – nationella och regionala
- Forskning och utveckling
- För Södra sjukvårdsregionen gemensamma angelägenheter kring regelverk och vårdströmmar.

BESLUT OCH AKTIVITETER UNDER ÅRET

Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen

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 innefattar ovanstående.

Abonnemangsmodellen innebär att för patienter från Södra sjukvårdsregionen utgår ersättningen till 50 % via abonnemang och resterande ersättning utgår med 50 % av priserna enligt föreliggande prislista. Det är Skånes universitetssjukhus, Thoraxcentrum

Blekingesjukhuset, Onkologiska kliniken vid Centrallasarettet i Växjö (gäller enbart Blekinge) och Rättspsykiatri i Växjö som omfattas av abonnemangsmodellen.

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

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

Strategisk plan för Södra Regionvårdsnämnden 2015-2018

Södra Regionvårdsnämnden har beslutat om nytt regionavtal gällande från 2015-03-01 och tills vidare. Regionavtalet och nämndens arbetsordning bildar grund för föreslagen strategisk plan. Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2015-10-30 att föreliggande plan skall ligga som grund för arbetet under mandatperioden 2015-2018.

Viktiga rubriker i planen är:

- Grundläggande intressegemenskap
- Klinisk forskning och utveckling
- Utbildning och kompetensförsörjning
- Medicinsk samverkan genom kunskapsstyrning
- Nationella samarbeten
- Ekonomisk reglering

Nationell satsning för kortare väntetider i cancervården

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har träffat en överenskommelse om att under 2015-2018 genomföra en satsning på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna i cancervården. Överenskommelsen omfattar stimulansmedel som till allra största delen ska användas till att införa ett enhetligt system med standardiserade vårdförlopp.

Syftet med standardiserade vårdförlopp inom cancerområdet är att cancerpatienter ska uppleva en välorganiserad, helhetsorienterad professionell vård utan onödig väntetid.

RCC Syd ska vara stödjande, stimulerande och samordnande i arbetet med att införa ett gemensamt system med standardiserade vårdförlopp. I arbetet ingår bl.a. att bistå och stimulera landstingen i deras respektive utvecklingsarbete. RCC Syd ansvarar för att lämna in landstingens handlingsplaner och redovisningar till Regeringskansliet (Socialdepartementet). RCC Syd ansvarar dessutom för att säkerställa att lärandetillfälle kommer till stånd i varje region. På detta sätt får landstingen och olika vårdgivare möjlighet att lära av varandra.

Beslut om uppdrag för solidariskt finansierade verksamheter

De solidariskt finansierade verksamheterna rapporterar till Södra Regionvårdsnämndens ledningsgrupp via en styrgrupp. Denna består av en representant från vardera huvudman inom Södra sjukvårdsregionen och samordnas av tjänsteman från Södra Regionvårdsnämndens kansli. Styrgruppen har haft i uppdrag från ledningsgruppen att ta fram förslag på uppdrag för de solidariskt finansierade verksamheterna då flera av dessa är beslutade år 2006 och behöver uppdateras.

Samtliga uppdrag är framtagna tillsammans med respektive solidariskt finansierad verksamhet som också står bakom förslagen till uppdrag. Uppdragen förtydligar verksamheternas skyldigheter inom hela Södra sjukvårdsregionen och att de varje år skall göra en verksamhetsberättelse som ska vara klar senast vid utgången av februari månad påföljande år.

Beslutet gäller följande verksamheter:

- Arbets- och miljömedicin
- Centrum för sällsynta diagnoser
- Genetisk vägledning
- dövpsykiatrisk öppenvård – barn
- dövpsykiatrisk öppenvård – vuxna
- Regionalt biobankscentrum
- Regionalt donationsansvarig läkare, Regionalt donationsansvarig sjuksköterska, Regional vävnadssamordnare
- Yrkes- och miljödermatologiska kliniken

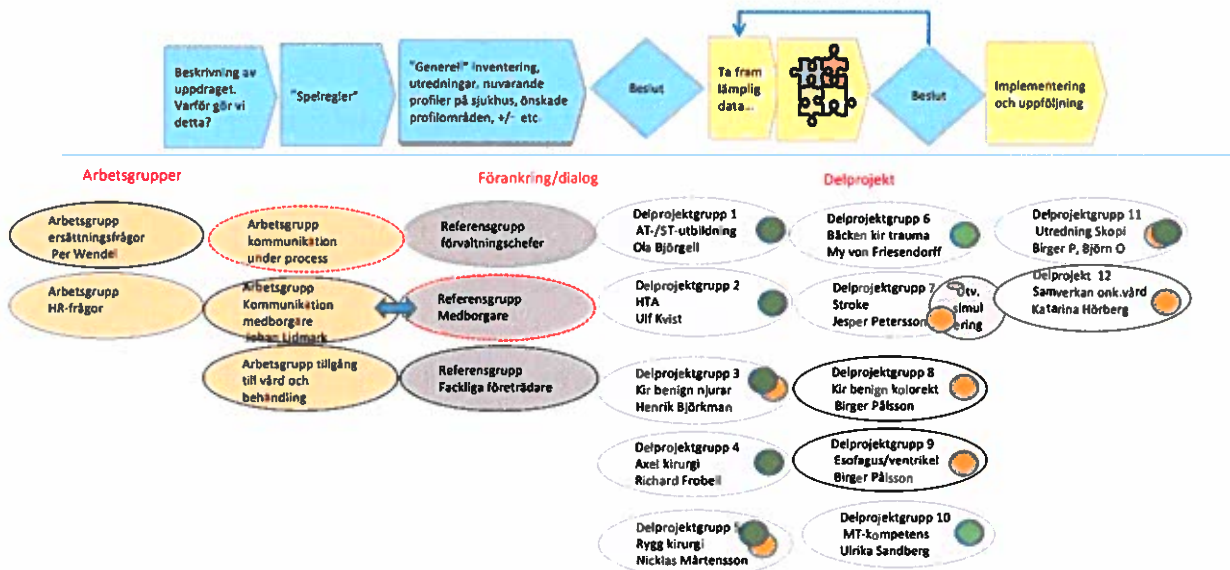
Arbetsfördelning mellan huvudmän i Södra sjukvårdsregionen

Regionalt cancercentrum syd (RCC Syd) har sedan tidigare ett uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin. Kopplingen mellan RCCs arbete och projekt arbetsfördelning ligger i Södra Regionvårdsnämndens beslut "att uppdraget kring framtida arbetsfördelning i Södra sjukvårdsregionen måste ses i ett större sammanhang som även inkluderar andra områden/diagnoser än cancer", från 2014-10-09. Beslut att starta en kartläggning av förutsättningarna för ett fördjupat samarbete/arbetsfördelning togs på Södra Regionvårdsnämndens möte 2016-02-19. Projektplanen beslutades vid Södra Regionvårdsnämndens sammanträde 2016-05-25.

RCC Syd ansvarar för att driva cancerfrågeställningarna och har ett fortsatt uppdrag att förverkliga målen i den nationella cancerstrategin. Enligt beslut i Södra Regionvårdsnämnden ska detta arbete ses i ett större sammanhang som även inkluderar andra områden/diagnoser än cancer. RCC syds arbete med nivåstrukturering inom cancerområdet måste därför inordnas i Södra Regionvårdsnämndens projekt kring regional arbetsfördelning.

Södra Regionvårdsnämnden har fått rapporter om det pågående arbetet i projektet vid samtliga sammanträden. Ett halvdags seminarium om projektet genomfördes vid sammanträdet i maj.

Under 2017 har arbetet i ren rad delprojekt tagit fart och vissa delprojekt är beslutade och genomförda. Inom projektet fungerar också arbetsgrupper och referensgrupper vilket framgår av nedanstående bild.



Bilden beskriver att det finns fungerande arbetsgrupper för:

- Ersättningsfrågor
- HR-frågor; uppdelat på två arbetsgruppen, en för avtal och villkor och en för utbildning och kompetensförsörjning.
- Kommunikation med medborgare.
- Tillgång till vård och behandling.

Arbetsgrupp för kommunikation är tyvärr ännu inte bildad.

Inom projektet sker det en fortlöpande förankring till förvaltningschefer inom Södra sjukvårdsregionen samt fackliga företrädare. Kopplat till arbetsgruppen för kommunikation med medborgare är beslut taget att inrätta webbpaneler med medborgarrepresentanter från samtliga huvudmän inom Södra sjukvårdsregionen.

Följande delprojekt har beslutats och är avslutade som delprojekt:

- Riktlinjer för hantering av patienter med nyckelbensfraktur.
- Patientflödet för de där det krävs avancerad öppen bäckenkirurgi.
- Samarbete rörande AT-/ST-utbildning har beslutats övergå till en pågående process under Södra sjukvårdsregionens ledningsgrupp liksom
- Samarbete rörande HTA-analyser och
- Samarbete kring utbildningar inom medicinsk teknik.

Vid årets slut 2017 bedrevs följande delprojekt:

- Benign njurkirurgi
- Ryggkirurgi
- Stroke
- Benign kolorektal kirurgi
- Kirurgi esofagus och ventrikel
- Utredning om skopier
- Samverkan onkologisk vård är under uppstart.

Beskrivning av projektet regional samverkan och dess samtliga arbetsgrupper och delprojekt finns på Södra Regionvårdsnämndens hemsida på denna länk:

<http://sodrasjukvardsregionen.se/regionalarbetsfordelning/projektorganisation/>

Kunskapsstyrning

I likhet med tidigare år har arbetet med kunskapsstyrning under 2017 fortsatt att utvecklas. Det gäller både den nationella nivån och den regionala nivån. När det gäller den nationella nivån har Södra sjukvårdsregionen aktivt deltagit i styrgrupps- och arbetsutskottsarbete samt arbetet med att skapa en ny reviderad nationell kunskapsstyrningsstruktur där nationella kvalitetsregister ingår som en integrerad del i kunskapsstyrningsarbetet. Detta arbete började under 2016 och har ytterligare fördjupats under 2017 i det att olika uppdragsbeskrivningar, bemanning av nationella grupper etc har tagits fram för att på allvar börja implementeras under 2018. Både regering, myndigheter och huvudmän är överens om den nya nationella strukturen och dess betydelse för framtida hälso- och sjukvårdsutveckling.

Den regionala nivån är tänkt att spegla den nationella. I detta arbetet ligger Södra sjukvårdsregionen väl till och idag finns det ca 10-talet regionala programområdesgrupper (RPO) som har en spegelbild på nationell nivå. Under 2017 har ytterligare RPO bildats; psykisk hälsa samt initialt arbete med att starta upp RPO för kvinnosjukdomar och förlossning. Fler är att följa under 2018.

För närvarande finns följande regionala programområdesgrupper:

- Barn- och ungdomars hälso- och sjukvård
- Endokrina sjukdomar inkl diabetes
- Hjärta/kärl
- Nervsystemets sjukdomar
- Njursjukdomar
- Palliativ vård
- Rörelseorganens sjukdomar
- Resursgrupp – Allmänmedicin
- Psykisk hälsa
- Lungsjukdomar

De regionala programområdena har varit involverade i revideringsuppdrag av nationella riktlinjer tillsammans med socialstyrelsen, men även reviderat gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen. Man har också arbetat med att ta fram nya behandlingsstöd där behov finns, tex vårdprogram för hantering av urinvägsstenar vilket är ett samarbete mellan urologer, nefrologer och primärvården. Förutom att bevaka och arbeta med att uppnå en god, jämlik och likvärdig hälso- och sjukvård i Södra sjukvårdsregionen har fortsatt arbete lagts på att säkerställa att alla som är involverade i den regionala kunskapsstyrningen delar samma bild av uppdraget. Samarbeten mellan olika regionala programområdesgrupper har också identifierats där detta är motiverat, såsom i exemplet med njurstenar.

Ett redan etablerat samarbete med Epidemiologi och Registercentrum Syds statistikavdelning (ERC) har fortsatt under 2017 för att ge ERC möjlighet att komma åt patientadministrativa data på ett likartat sätt i hela Södra sjukvårdsregionen. Syftet är att ERC, vid förfrågan och godkännande från styrgruppen, ska bistå med datadrivna analyser på frågeställningar från RPO. På detta sätt kan RPO undersöka frågeställningar avseende god jämlik och likvärdig vård i Södra sjukvårdsregionen. ERC fungerar som personuppgiftsbiträde till respektive huvudman, enligt avtal.

Den regionala styrgruppen för kunskapsstyrning sammanträder regelbundet varannan vecka via telefon för att avhandla olika kunskapsstyrningsärenden. Utöver detta har gruppen träffats för att på ett bättre sätt kunna diskutera och utforma kunskapsstyrningsstrukturen i Södra sjukvårdsregionen så att den svarar upp mot den av huvudmännen beslutade nationella strukturen.

Chefssamråd

Chefssamråden startades upp under 2015 inom 13 områden. Flertalet chefssamrådsgrupper har sedan dess kommit igång. Deras mötesprotokoll anslås vid Södra Regionvårdsnämndens möten. Huvudsakliga uppdraget är att fungera som ett samarbetsorgan och forum för samråd och informationsutbyte över huvudmannagränserna. I detta ingår att arbeta med kvalitet och kvalitetsuppföljning sett från patienternas perspektiv samt verka för ett välfungerande samarbete inom och mellan specialiteterna kring läkarutbildningen och andra specialistutbildningar i alla dess led.

Nod för kliniska prövningar och Ordnat införande i samverkan

Återigen kan konstateras att sjukvårdsregionerna genom nationella beslut har fått ny och utökad roll.

Den nationella utredningen som presenterades 2013 kring klinisk forskning och kliniska prövningar i Sverige, "Starka tillsammans" föreslog ett system för nationell samordning, rådgivning och stöd till den kliniska forskningens aktörer.

Vetenskapsrådet har fått statens uppdrag att arbeta med en nationell samordning av kliniska studier genom att etablera en nod i varje sjukvårdsregion för att bygga upp en organisation för nationell samordning av kliniska studier. Södra sjukvårdsregionen har anmält sitt intresse och blivit utsedd till en av noderna. Nodföreståndaren är chefen för Forum Söder (f d FoU centrum) vid Skånes universitetssjukhus.

Forum Söder har under 2016 etablerat en regional samverkansgrupp bestående av nodföreståndare och forskningschefer inom Södra sjukvårdsregionen. Gruppen ansvarar för att stimulera intresset för kliniska studier och bistår med strategisk vägledning, behovsinventering, statistik med mera. Forum Söder har vid två tillfällen under året gett den återkommande tvådagarskursen "Introduktion till klinisk prövning inklusive GCP", vilken inkluderar externa föreläsare från Läkemedelsverket, Etikprövningsnämnden och Regionalt biobanksråd. Dessutom har ett flertal skraddarsydda dagkurser i GCP genomförts ute på olika avdelningar inom Södra sjukvårdsregionen.

I september genomfördes en temadag för kliniska forskarteam/forskare om avancerade terapier, uppdatering kring regelverk för kliniska studier och pågående forskningsprojekt inom regionen.

Södra sjukvårdsregionen har erhållit medel i enlighet med redovisning i bilaga 1.

Inom ramen för Sveriges Kommuner och Landsting arbetet har en nationell läkemedelsstrategi kring ordnat införande i samverkan tagits fram. En ny struktur med olika grupperingar som samverkar för att få till stånd en effektivare och mer likriktad läkemedelshantering i Sverige. En styrgrupp med en representant per sjukvårdsregion har utsetts. Gruppen sammanträder en gång per månad.

Ett råd för Nya terapier, NT-rådet, med representanter för samtliga sjukvårdsregioner har etablerats. Rådet har till uppdrag att på landstingens vägnar ge rekommendationer kring klinikläkemedel, läkemedel utanför förmånen, vissa förmånsläkemedel och att i framtiden även ta sig an andra medicinska insatser. I gruppen finns en representant för

Södra sjukvårdsregionen. Båda grupperna har administrativt stöd från Sveriges Kommuner och Landsting.

Kansli

Södra Regionvårdsnämnden har till sitt förfogande ett från de berörda landstingen fristående kansli placerat i Lund.

Kansliet ska bland annat

- Svara för den formella hanteringen av nämndens ärenden
- Ge administrativ service till nämndens olika politiska organ och beredningsgrupper
- Ansvara för genomförandet av utrednings-, utvecklings- och uppföljningsprojekt.

Under 2017 var kansliet bemannat med fem tjänster varav två på deltid.

Ekonomisk redovisning för 2017

Enligt regionavtalet ska Södra Regionvårdsnämndens verksamhet finansieras genom ramanslag för mandatperioden 2015-2018. Verksamhetens årliga resultat ska överföras till nästkommande år och slutavräkning sker vid mandatperiodens slut.

Ekonomiskt resultat 2017 (kr)

Kontoklass/text	Budget 2017	Utfall 2017	Avvikelse mot budget 2017
3. Intäkter	7 790 922	7 675 487,85	-115 434,15
4. Personal inkl arb giv avg	-6 200 000	-4 360 556,21	1 839 443,79
6, 7 och 8 Övriga verksamhetskostnader och finansiella poster	-1 590 922	-900 781,51	690 140,49
Summa	0	2 414 150,13	2 414 150,13

Kommentarer

Intäkterna för 2017 har utfallit i nivå med budget.

Kansliets personalkostnader (kontoklass 4) ligger under den budgeterade nivån. Huvudanledningen till detta är att direktören var tf hälso- och sjukvårdsdirektör i Region Skåne på heltid under merparten av år 2017. Detta hade till följd att direktörens lön inte belastade Södra Regionvårdsnämnden.

Övriga verksamhetskostnader och finansiella kostnader (kontoklass 6, 7 och 8) ligger under den budgeterade nivån. Överskottet som genereras kommer att utnyttjas för särskilda satsningar.

Redovisning av projektkonton 2017

<i>Projektnr</i>	<i>Projektamn</i>	<i>IB 2017</i>	<i>UB 2017</i>
8925	DRG-råd	-146 441,31	-81 328,41
8926	Regionala medicinska kunskapsgrupper	-5 188 665,53	-5 047 371,79
8928	Särskilda projekt	-4 922 856,85	-4 171 793,86
8930	FoU-medel	-1 467 846,81	-1 121 705,56
8932	ST-kongress	-1 540 321,50	-1 540 321,50
8937	Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården	-1 034 618,00	-1 034 618,00
8938	Nod för kliniska prövningar	-13 095 000,00	-11 863 885,00
8939	Resurscentrum psykisk hälsa		-6 000 000,00
	Total	-27 395 750,00	-30 861 024,12

Specifikation över projekten finns i bilaga1.

Rita Jedlert
Direktör

Rita Jedlert
Direktör
Mobiltn: 076 – 887 19 95
E-post: rita.jedlert@skane.se

2018-xx-xx

Bilaga 1

Projektmedel mm

Redovisning av projektmedel 2017.

Projekt 8925 "DRG-rådet"

DRG-rådets medel har täckt kostnaderna för rådets deltagande i konferenser och återkommande sammanträden om DRG-frågor. Medel för år 2017 har inte eftersökts hos landstingen. Utgående balans för år 2017 är 81 tkr. Om behov finns kommer nya medel att eftersökas hos landstingen för år 2018 enligt överenskommelse i "Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018".

Projekt 8926 "Regionala medicinska kunskapsgrupper"

Projektmedlen används fortlöpande av de Regionala medicinska kunskapsgrupperna. Arbetet för att stärka och utveckla kunskapsgrupperna fortsätter. Utgående balans år 2017 är 5 047 tkr. Nya medel kommer att eftersökas från landstingen för år 2018 enligt överenskommelse i "Regionala priser och ersättningar för Södra sjukvårdsregionen 2018".

Projekt 8928 "Särskilda projekt"

Projektmedlen har använts till arbetet med projektet Regional arbetsfördelning. Arbetet fortsätter under 2018. Utgående balans år 2017 är 4 172 tkr.

Projekt 8930 "FoU-medel" (UFo-anslag)

Beslut om fördelning av utvecklings- och forskningsbidrag för år 2018 togs i december 2017. Utgående balans år 2017 är 1 122 tkr.

Projekt 8932 "ST-kongress"

"Framtidens specialistläkare" är en rikstäckande kongress. Nästa kongress kommer att genomföras under 2018. Utgående balans 2017 är 1 540 tkr.

Projekt 8937 "Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården"

Södra Regionvårdsnämndens kansli beviljades under hösten 2015 1 667 tkr från överenskommelsen mellan staten och SKL om "Insatser för kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården" för utveckling av möjligheterna till uppföljning inom primärvården. Utgående balans år 2017 är 1 035 tkr.

Projekt 8938 "Nod för kliniska studier"

Södra Regionvårdsnämndens kansli beviljades under åren 2015 och 2016 ett etablerings- och driftsbidrag till regional nod för samordning av kliniska studier från Vetenskapsrådet. I december 2016 utbetalade Vetenskapsrådet ytterligare medel för åren 2017 och 2018. Under hösten 2017 utbetalade Vetenskapsrådet 4 623 tkr i driftsbidrag. Utgående balans år 2017 är 11 864 tkr.

Projekt 8939 "Resurscentrum/Regionalt programområde för Psykisk hälsa under 2017"

Södra Regionvårdsnämndens kansli tilldelades i slutet av 2017 6 000 tkr som stöd i uppbyggnad av Regionala Resurscentrum/Regionalt programområde för Psykisk hälsa från Sveriges Kommuner och Landsting. Utgående balans år 2017 är 6 000 tkr.

Rita Jedlert
Direktör



Södra Regionvårdsnämnden

Granskning av 2017 års verksamhet

Mols 2018.05.04

Granskningsmål och slutsats

Granskningsmål*

- Säkerställa att den ekonomiska redovisningen som är intagen i verksamhetsberättelsen ger en rättvisande bild.

Slutsats

- Den utförda granskning har inte gett oss anledning att anse att den ekonomiska redovisningen inte är rättvisande.
- En komplettering av den ekonomiska redovisningen i verksamhetsberättelsen med en balansräkning som utvisar nämndens tillgångar och skulder hade givit läsaren förbättrad information.

*) Granskningen avser inte en formell årsredovisning och den är inte utförd enligt full ISA-standard.

Resultat & ställning

Finansiellt resultat 2017

Benämning	Budget 2017	Utfall 2017	Avvikelse
Intäkter	7 791	7 675	-116
Personalkostnader	-6 200	-4 360	1 840
Övriga kostnader	-1 591	-901	690
Resultat	0	2 414	2 414

Kommentarer:

Intäkterna består huvudsakligen av beslutad finansiering på 6 641 tkr samt försäljning av utbildningar på 889 tkr. Fakturering har granskats stickprovsvis. Beslut om finansiering togs tidigare år och har uppräknats med LPIK.

Personalkostnader är lägre än budget vilket främst beror på att Rita Jedlert tjänstgjort som tillförordnad HoS-direktör inom Region Skåne större delen av året.

Övriga kostnader består av lokalhyra, städning, telekommunikation, övriga tjänster osv.

Balansräkning

Benämning	161231	171231
Kundfordringar	7 177	8 686
Övriga kortfr fordringar	54	97
Förutbet kostn, Aut.konterade	0	3
Kassa & bank	25 203	35 792
Summa tillgångar	32 434	44 578
Eget kapital	-2 818	-5 232
Leverantörsskulder	-1 088	-4 430
Redovisning moms	-4	-9
Övr Kortfristiga skulder	-27 954	-34 200
Upplypna kostn och förutbet intäkter	-570	-707
Summa skulder och eget kapital	-32 434	-44 578

Kommentarer:

Kundfordringar består av fordran på SKL 6 mnkr avs. projekt kring psykisk hälsa samt bidrag från vetenskapsrådet 2,6 mnkr. Beloppen är betalda efter balansdagen.

Bankkonto ökar t.f.a. inbetalningar till projekt som är fortfarande är öppna.

Eget kapital redovisas egentligen som kortfristig skuld men utgör det ackumulerade resultatet sedan mandatperiodens början.

Av leverantörsskulder består 1,8 mnkr av omkostnader från SUS avs perioden 2017.

Övriga kortfristiga skulder består till 30,9 mnkr av öppna projekt. Många av dessa är i egentlig mening ej någon skuld då det ej föreligger någon extern förpliktelse utan är baserade på internt beslutade åtaganden.

De stora avvikelserna mellan utfall och budget på personal- och övriga omkostnader beror i huvudsak på att budgeten har utgått ifrån en i förväg beslutad intäkt samt att budgeterat resultat ska vara noll. Således har det inte varit planerat att nå personalkostnader på 6 200 eller övriga omkostnader på 1 591 tkr.



Johan Rasmusson
KPMG Malmö
070 865 66 13

GRANSKNINGSRAPPORT

Undertecknade, för Södra Regionvårdsnämnden utsedda revisorer att granska nämndens räkenskaper och förvaltning för år 2017, får efter fullgjort uppdrag avgiva följande berättelse.

Vi har tagit del av Södra Regionvårdsnämndens räkenskaper, protokoll och andra handlingar samt i övrigt vidtagit de granskningsåtgärder vi funnit vara erforderliga för fullgörandet av vårt uppdrag. Vid granskningen har samarbete ägt rum med KPMG AB.

Över sitt uppdrag har KPMG AB avgivit särskild redogörelse som bifogas denna skrivelse.

Den verkställda revisionen har inte givit anledning till anmärkning.

Lund 2018-05-04



Rolf Bengtsson
Region Skåne



Gösta Gustafsson
Region Halland

2018-05-21

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Införandet av Tarmcancerscreening i Södra Sjukvårdsregionen

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Rekommendera landstinget Blekinge, Region Halland, Region Kronoberg och Region Skåne att med start 2019 påbörja populationsbaserad Screening av tarmcancer
2. Första året riktar sig till 60 åringar genom immuntest av blod i avföringen och erbjudandet kommer att upprepas vartannat år och vid positivt resultat undersökning via koloskopi
3. Fullt utbyggd kommer åldersgrupperna 60-74 år att omfattas
4. Nationella rekommendationer ska så långt möjligt följas
5. Tillsätta en gemensam styrgrupp med arbetsgrupper hos varje huvudman med ansvar att samordna och planera genomförandet av screeningen i södra sjukvårdsregionen avseende start och utbyggnad av screeningen, kallelserutiner, analys av prover, samordning med IT system, behov av upphandlingar, kvalitetskrav på provtagning och utbildning av koloskopister
6. Styrgruppen återrappporterar till regionvårdsnämnden vid sammanträdet i december.

Bakgrund

År 2011 påbörjades SCREESCO studien som är en tarmcancerstudie upplagd som en forskningsstudie där alla sjukvårdshuvudmän i Sverige, förutom Stockholm och Gotland, deltar. Stockholm/Gotland införde redan 2008 en tarmcancerscreening med avföringsprov. SCREESCO studien avslutas under 2019 då de sista patienterna inkluderas i studien. Socialstyrelsen har efter samråd med vårdgivarna avvaktat avslutandet av den studien men beslutade redan 2014 att "Hälso-och sjukvården bör erbjuda screening för tjock-och ändtarmscancer med test av blod i avföringen till män och kvinnor i åldern 60–74 år."

Socialstyrelsens screeningråd beslutade 2018 att föreslå införandet av en populationsbaserad tarmcancerscreening med början 2019.

Den nationella utredningen som tagits fram i samverkan med RCC bifogas.

Rita Jedlert

Införande av allmän tarmcancerscreening

Slutrapport och rekommendation

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2018-02-28	Version 1.0

Nationella arbetsgruppen för utredning om införande av allmän tarmcancerscreening

Rolf Hultcrantz (ordförande och studieansvarig SCREESCO)

Håkan Olsson, RCC Norr

Charlotta Sävblom, RCC Stockholm Gotland

Birger Pålsson, RCC Syd

Lina Westman, RCC Sydöst

Pia Jestin, RCC Uppsala Örebro

Andreas Pischel, RCC Väst

Införande av allmän tarmcancerscreening – slutrapport och rekommendation
Rapporten utgiven av: Regionala cancercentrum i samverkan

Februari 2018

Innehållsförteckning

Införande av allmän tarmcancerscreening	1
Inledning.....	4
Rekommendation	4
Bakgrund.....	5
Förslag till införande.....	5
Arbetsgruppens överväganden.....	6
Val av screeningmetod.....	6
Resurser.....	6
Konsekvenser för screeningstudien.....	7
IT-system och kvalitetsaspekter	8
Patologi.....	8
Kommunikation.....	8

Inledning

Den nationella tarmcancerscreeningstudien SCREESCO planerades och startades efter att Socialstyrelsen 2011 bedömde screening för tarmcancer, som ett forsknings- och utvecklingsområde.

Då studien redan var igång beslutade Socialstyrelsen 2014 att rekommendera tarmcancerscreening. Diskussionerna som rekommendationen föranledde landade i en gemensam uppfattning om att Sverige bör avvakta med införande av generell screening tills SCREESCO-studien är klar med inklusionen av deltagare, vilket också är angivet i Socialstyrelsens rekommendation.

I juni 2017 enades Regionala cancercentrum i samverkan om att ett nationellt samlat införande av en generell tarmcancerscreening bör påbörjas så snart som möjligt. RCC Stockholm Gotland är inte med i SCREESCO studien då de har redan en fungerande tarmcancerscreening, som påbörjades 2008.

Vid en avstämning mellan ordförande för RCC i samverkan och Socialstyrelsens screeningråd i februari 2018 ställde sig screeningrådet bakom RCCs uppfattning att ett införande av allmän screening för tarmcancer i Sverige bör starta 2019.

RCC i samverkan, som också är styrgrupp för SCREESCO studien, har dock också konstaterat att det behövs ytterligare förberedelser med anledning av rådande förhållanden och de konsekvenser man bedömde skulle komma av ett sådant införande:

- Man behöver i möjligaste mån ta hänsyn till den pågående screeningstudien så att den kan ge svar på den vetenskapliga frågeställningen.
- Tillgängliga resurser räcker inte till att starta alla åldersgrupper samtidigt. Vi föreslår att alla landsting startar med de män och kvinnor som fyller 60 år 2019, och därefter successivt bygger ut programmet så att screening erbjuds vartannat år tills deltagarna fyllt 74 år.
- Koloskopiresurser och -kvalitet varierar i landet.
- Det behövs ett koloskopiregister. RCC har initierat ett arbete för ett register.
- Basal och avancerad koloskopiutbildning behöver startas på fler ställen i landet och de utbildningar som ges bör fyllas upp.
- Rätt använd kompetens med mer utbildning av sjuksköterskor liksom för läkare bör genomföras.
- Det finns möjligheter att utveckla ett IT-system för kallelser, som landstingen kan erbjudas anslutning till. Det befintliga kallelsesystemet för SCREESCO kan med måttliga insatser byggas ut till ett sådant.
- En upphandling av screeningmaterial måste göras i respektive landsting. Det är önskvärt att samma material används i hela landet så att det blir god och likvärdig kvalitet överallt.

En nationell arbetsgrupp fick i uppdrag att fortsätta arbetet med ovanstående frågor genom att ta fram underlag och utreda förutsättningar för ett nationellt införande av tarmcancerscreening.

Rekommendation

Med denna rapport redovisar RCC i samverkan resultatet av arbetsgruppens arbete och slutsatser. Baserat på dessa slutsatser som RCC i samverkan drar av rapporten, samt Socialstyrelsens rekommendation från 2014, rekommenderar RCC att landsting och regioner går vidare i sin planering och startar tarmcancerscreening i respektive landsting/region från och med år 2019.

RCC rekommenderar också landstingen att tillsätta en samrådsgrupp med representation av de i professionen som arbetar med införandet för att få en så smidig, korrekt och samordnad införandeprocess som möjligt.

Bakgrund

Tarmcancer är en sjukdom där tidig upptäckt medför att nästan alla patienter kan botas. Patienter med sent upptäckta tumörer och avancerad sjukdom har däremot betydligt sämre prognos och riskerar att drabbas av för tidig död.

Tarmcancer är lämplig för screening. Det finns botande behandling att ge om cancern hittas i ett tidigt skede och därmed minskar risken för hög sjuklighet och för tidig död hos individen. Genom att införa en generell tarmcancerscreening i Sverige beräknar man att vi kan spara 300 liv per år.

WHO och EU rekommenderar tarmcancerscreening och många länder har infört ett nationellt screeningprogram eller har pågående studier om tarmcancerscreening precis som vi i Sverige. Socialstyrelsen rekommenderar sedan 2014 att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för tjock- och ändtarmscancer med test av blod i avföringen till män och kvinnor i åldern 60–74 år.

Stockholm-Gotlands sjukvårdsregion erbjuder sedan 2008 alla kvinnor och män i åldern 60-68 tarmcancerscreening med avföringsprov (FIT) och med efterföljande koloskopi av de med positiv test.

I övriga landet erbjuds ingen generell screening, men SCREESCO-studien, som pågår under 2014-2019, bjuder in 90 000 deltagare till screening med nya metoder såsom direkt koloskopi eller med högkänsligt avföringsprov och efterföljande koloskopi för de med blod i avföringen. Studiedeltagarna ska följas upp i 15 år för utvärdering av effekt på förekomst och dödlighet i koloncancer.

RCC och landstingen kom 2016 överens om att fortsätta genomförandet av den pågående SCREESCO-studien med en förlängning till fem år även i koloskopiarmen, för att på så sätt förbereda och skapa förutsättningar för ett samordnat nationellt införande av tarmcancerscreening. Fördelarna med att ha genomfört inklusion i SCREESCO studien är att

- landstingen har riggat ett system för kallelse till koloskopier och har lärt sig att hantera tarmcancerscreening,
- koloskopiutbildning har ökat kvaliteten på koloskopister,
- koloskopiresurserna har utökats, om än inte i tillräcklig omfattning.
- det finns en forskningsdatabas med koloskopivariabler som kan omformas till ett uppföljningsregister för screening.

Nu, när studien börjar vara klar med inklusionen av screeningdeltagare, anser RCC i samverkan att det är hög tid att påbörja införandet av ett nationellt screeningprogram för tarmcancer i alla landsting och regioner. En rad förberedande insatser och överväganden behöver dock fortfarande göras för att efterfölja nationella och internationella rekommendationer.

Förslag till införande

RCC i samverkan föreslår att ett nationellt program för tarmcancerscreening införs i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation i vardera landsting, det vill säga att alla kvinnor och män i åldern 60–74 år erbjuds lämna in ett avföringsprov, som analyseras för förekomst av blod med så kallad FIT.

Genomförandet av SCREESCO-studien har gjort att alla landsting som varit med i studien arbetat upp rutiner så att de kan hantera ett sådant införande.

Det finns dock framförallt två viktiga faktorer att beakta vid ett nationellt införande:

1. Ett fullt införande av tarmcancerscreening (dvs att inbjuda samtliga kvinnor och män i åldern 60-74 år) kräver att man genomför ett stort antal koloskopier. I dagsläget bedömer såväl arbets- som Samverkansgruppen att få landsting har resurser och uppbyggd koloskopikapacitet att klara screening av hela ålderskategorin redan från start.
2. Införande av allmän screening kan komma att påverka utvärderingen av SCREESCO-studien och olika statistiska modeller behöver övervägas för att justera för individer i screeningpopulationen som erbjuds screening inom ramen för ett allmänt screeningprogram.

Mot bakgrund av ovanstående föreslår RCC i samverkan att alla landsting startar införandet i slutet av 2019 genom att bjuda in den årskull som det året fyller 60 år och därefter successivt bygger ut programmet så att screening erbjuds vartannat år tills deltagarna fyllt 74 år.

Ett sådant införande leder till betydligt färre koloskopier de första åren och ger landstingen mer tid att bygga upp ytterligare resurser för en fullskalig screening. Motsvarande metod användes vid införandet i t.ex. Finland och Stockholm. Justering av analyserna i studien kommer att behöva göras med tanke på att delar av kontrollpopulationen blir erbjuden screening. För att belysa behovet av justering av analyser och de etiska dimensionerna i införandet av screening, inhämtar RCC i samverkan synpunkter från ordförande i Statens medicinska råd samt sammankallande till SCREESCO-studiens säkerhetskommitté under 2018. Detta samråd hindrar på intet sätt start av screening 2019.

Arbetsgruppens överväganden

Arbetsgruppens överväganden, som ligger till grunden för förslaget, berör val av screeningmetod, resursåtgång, konsekvenser för SCREESCO-studien, IT-system, kvalitetsaspekter, patologi och kommunikation.

Val av screeningmetod

Socialstyrelsen rekommenderar tarmcancerscreening med avföringsprov (fecalt immunologisk test, FIT). Provet känslighet resulterar i att 2 procent av alla screenade får ett positivt testsvar och ska därför genomgå en efterföljande koloskopi.

Då rekommendationen föreskriver att alla mellan 60-74 års undersöks med avföringsprov vartannat år, kommer 16 000 screeningdeltagare per år behöva genomgå en koloskopi när screeningprogrammet är fullt utbyggt.

Resurser

Enligt punkt 14 i Socialstyrelsens riktlinjer för införande av screening, ska huvudmannen säkerställa att det finns erforderliga resurser för screeningen innan den startas. Detta för att det är viktigt att man får komma för efterföljande koloskopi inom rimlig tid ifall man har gjort ett positivt screeningprov.

Baserat på den kartläggning arbetsgruppen genomfört i landet anser gruppen att koloskopi-kapaciteten är otillräcklig i en majoritet av landstingen för att klara totalt 16 000 screening-koloskopier per år.

I SCREESCO har ca 3500 koloskopier utförts per år. Det stora hindret som studien har brottats med mest är att kunna genomföra koloskopierna, då en stor del av landstingen har brist på resurser för att genomföra tillräckligt antal koloskopier. När man startar med den första årskullen så innebär detta cirka 2000 koloskopier, det vill säga mindre än vad SCREESCO har krävt.

Region Stockholm-Gotland har genomfört screening sedan 2008 och här har tillräckliga resurser gradvis byggts upp under större delen av perioden. Ingen av de övriga regionerna förefaller ha kapacitet att starta ett screeningprogram som inkluderar alla årskullar samtidigt.

Nuläget

I dagsläget utförs ca 120 000 koloskopier per år i Sverige. Antalet koloskopier som utförs – uttryckt i undersökningar per 100 invånare och år – varierar mellan 1.8/100 (i Stockholm) till 1/100 (i omkring hälften av landstingen) och ned till 0.5/100 (i de landsting som gör minst). Målet för screeningprogrammet bör vara över 1.5/100 i hela landet för att programmet ska kunna genomföras utan undanträngning av den koloskopi som behövs i sjukvården.

Krav på resurs- och kompetensförstärkningar

Införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) har också medfört ökade behov av koloskopi. Införandet av generell screening kommer höja kraven ännu mer, dels på fler skopister, dels på en bättre infrastruktur än den vi har idag.

Studier av koloskopikvaliteten i landet talar för att det också finns brister i hur de utförs. Det behövs således även betydande utbildningsinsatser. Sådana har inletts som en del av satsningen på SCREESCO, men de behöver fortsätta. Framförallt bör en stor satsning på endoskoperande sköterskor genomföras så att sköterskor kan utföra en större andel av skopierna (task-shifting).

Erfarenheten från SCREESCO är att sköterskor utför många skopier med hög kvalitet. För närvarande fylls inte kurserna beroende på att antalet sökande är för lågt. En bidragande orsak kan vara att utbildningen (30 högskolepoäng) på deltid ffa ges i Stockholm, (det har funnits i Göteborg och Blekinge) vilket medför praktiska och sociala problem för presumtiva deltagare. En utbildning för att höja kvaliteten på koloskopierna av koloskoperande läkare och sköterskor har inletts sedan tre år och behöver fortsätta och utvecklas.

Övriga resurser, som hantering av utskick av inbjudningar, provtagning och analys av prover, kontakter med deltagare finns det teknik för men behöver resursättas. Ett FIT-test kostar ungefär 75 kronor per test+ utskickskostnad.

Enligt arbetsgruppen utgör behovet av kirurgiresurs inget problem. Antalet tumörer som kräver kirurgi kommer att öka i början av screeningen men minskar under åren då förstadier till tumörer avlägsnas vid koloskopierna. När man hittar fler förstadier och tidiga tumörer minskar till viss del behovet av mer avancerad kirurgi.

Konsekvenser för screeningstudien

Studien startade inklusion av deltagare 2014 i 18 landsting och kommer inkludera 90 000 60-åriga personer under åren 2014-2019. De sista inbjudningsbrevan planeras att skickas ut under 2019.

Målsättningen med studien är att visa om screening kan minska uppkomst av och dödlighet i tarmcancer, men framförallt att belysa vilken metod som är bäst; screening med avföringsprov eller direkt koloskopi. Deltagarna ska observeras avseende insjuknande och död i tarmcancer i 15 år efter genomförd undersökning.

I studien ingår även undersökningar av deltagarnas upplevelser och hälsoekonomiska beräkningar.

I utvärderingen av SCREESCO-studien kommer man att behöva ta hänsyn till i vilken utsträckning studiepopulationen erbjudits screening och olika statistiska modeller värderas för att korrigera för detta.

IT-system och kvalitetsaspekter

För att kunna följa och kontrollera kvaliteten, och därmed effekter av screening, är IT-system och register helt nödvändiga. I SCREESCO-studien har man byggt upp system både för att kalla deltagare och följa upp resultat av tester. Det finns även ett studieregister för att registrera koloskopier, som kan byggas om till ett uppföljningsregister för koloskopier.

Stockholm-Gotlandsregionen behöver uppdatera sitt kallsystem och avser att i samarbete med Västra Götalandsregionen bygga ut systemet för att anpassa det till de krav som screeningverksamheten ställer. För landsting som så önskar kommer det bli möjligt att ansluta till detta system mot en förvaltningskostnad.

Om flera landsting ansluter finns goda möjligheter att gemensamt bedöma och utveckla screeningprogrammets kvalitet, samtidigt som det blir möjligt att följa screeningdeltagare som flyttar inom landet.

RCC i samverkan har beslutat stödja utvecklingen av det koloskopiregister som finns i SCREESCO och utveckla det till ett kvalitetsregister för nationell screening. En registerstyrgrupp kommer att tillsättas. Förhoppningen är att alla landsting ser fördelen med att ansluta sig till registret då det är en av förutsättningarna för en god, nationell kvalitetskontroll.

Patologi

Cirka 30-40 procent av alla koloskopier som utförs i screening leder till att man hittar och avlägsnar en förändring som skickas för patologisk analys. Avlägsnandet och analyserna av dessa förändringar måste, liksom alla andra delar i screeningverksamheten, utföras med stor noggrannhet.

Fullt utbyggd kommer screeningen leda till att 5 000-6 000 preparat per år skickas för bedömning av patolog. Svensk patologisk förenings grupp för tarmpatologi (KVASt-gruppen) har deltagit i studiens arbete och patologer måste även framgent inkluderas i verksamheten.

Kommunikation

Ett införande av screening kommer att kräva stora kommunikationsinsatser gentemot olika målgrupper och i samverkan med flera aktörer. Inte minst måste befolkningen informeras och övertygas om vinster med tarmcancercreening, då det som vid all annan screening är viktigt med ett högt deltagande.

Berörda delar av landstingen och vårdverksamheterna är viktiga vidareförmedlare av sådan information. Respektive landsting har ansvaret för den direkta kommunikationen med medborgare. Ett nära samarbete med landstingens kommunikationsfunktioner behöver etableras.

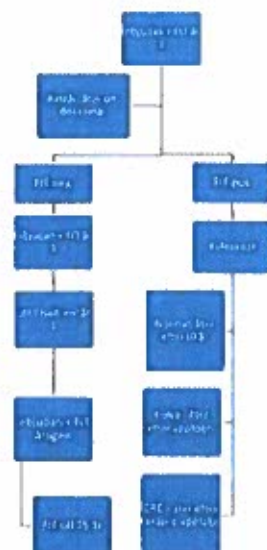
På sedvanligt vis kommer RCC i samverkan och SKL att ge nationellt stöd i form av utveckling av enhetliga underlag och grundmaterial. Revidering av befintlig och framtagande av ny information på 1177.se kommer att lyftas inom ramen för det kontinuerliga samarbete med den nationella redaktionen, som etablerats som en del av cancerstrategiarbetet vid SKL.

FÖRSLAG NAT ARB-GRUPPEN RCC

- Start 2019 populationsbaserad
- 60-åringar FIT (immuntest blod i faeces) vartannat år
- Pos test = koloskopi
- Slutpopulation åldersgr 60 – 74 år
- Kallelesystem Sth-Gotland med utveckl VGR
- Kvalitetsreg koloskopi IT-baserat
- Ökad utbildn koloskopister inkl sjuksköt
- Gemensam (?) upphandling prov-mtrl
- Kommunikation/inform lokalt resp nat (1177)
- Screescostudien hanteras separat

BP18

HUVUDFÖRSLAG CRC-SCREENING SÖDRA SJUKV-REG



BP17

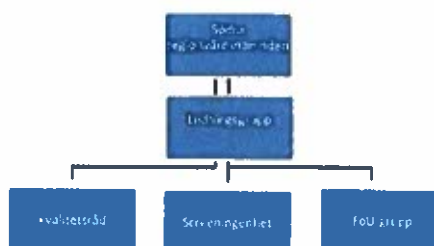
SCREENINGEXEMPEL KRONOBERG ÅR 1

- 2300 personer 60 år inbjudes
- 60 % deltar = 1380 personer
- 5 % har blod i avföringen = 69 patienter
- Samtliga accept koloskopi, diagnoser antal pat:
 - 2-3 cancer
 - 19 polyper
 - 15 godartade orsaker (hemorrojder, fickor etc)
 - 13 orsaker övre magtarmkanalen (magsår etc)
 - 16 oklar orsak
 - 4 tekniskt felaktigt utslag

BP18

FÖRSLAG LOGISTIK OCH ORGANISATION

- Målpopulation
- Dokumentation
- Inbjudan inkl test
- Lab-analys
- Provsvarsinformation
- Koloskopiuppföljning
- Registrering
- FoU



BP 17

ATT BESLUTA

- Politiskt beslut varje huvudman!
- Nat kallelsesystem (Stockholm/Screesco)
- Nat upphandling FIT (?)
- Nat kvalitetskrav (?)
- Nat "kvalitets"register (?)
- Tidplan inklusionstempo (60 – 74 år)
- Nat FoU-samarbete

BP18

2018-05-09

Till
Södra Regionvårdsnämnden**Delprojekt 11. Skopiutredning, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden**

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna i bifogad rapport daterad 2018-05-11
2. Att planera utbildning av skopister med kvalitetskrav och förslag till möjlig ackreditering.
3. Att finansiera utbildning av skopister i Södra sjukvårdsregionen inom ramen för Södra Regionvårdsnämndens medel.
4. Att rekommendera huvudmännen att sträva efter en jämlik tillgång i antal skopier mellan huvudmännen i enlighet med nationella rekommendationer
5. Att planering och genomförande ska samordnas med tarmcancerscreeningen
6. Att med godkännande lägga rapporten om delprojekt 11, Skopiutredning, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden till handlingarna
7. Att beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämndens fjärde sammanträdet år 2019

Bakgrund

Denna utredning är genomförd på uppdrag av Södra regionvårdsnämndens projektgrupp för arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen. Utredningen är utförd under hösten 2017 och våren 2018 och beskriver nuläget avseende koloskopivolymer, tillgänglighet, kompetenser, utbildning och kvalitetsaspekter. De förslag som läggs kan sammanfattas på följande sätt.

- Antalet koloskopier hos samtliga huvudmän inom Södra sjukvårdsregionen behöver ökas pga nuvarande problem med tillgängligheten och förväntade kommande behov i samband införande av screening för kolorektal cancer. Olika vägar måste prövas för att uppnå denna kapacitetsökning:
 - Verksamhetsledningen på berörd enheter behöver se över sin organisation och överväga hur de läkare som idag koloskoperar kan utföra fler koloskopier.
 - Fler sjuksköterskor utbildas till endoskopister via uppdragsutbildningar på universitet och högskolor i regionen. Kontakter har redan tagits i detta avseende.
 - Avtalen med privata vårdgivare inom Region Skåne ses över för att om möjligt utnyttja den outnyttjade kapacitet som finns där.

- Möjligheterna behöver utredas att offentliganställd personal utför koloskopier i annan anställningsregi, till exempel eget bolag, utanför arbetstid med huvudmannens utrustning och lokaler.
- System behöver skapas inom Södra sjukvårdsregionen som på ett enkelt sätt möjliggör för olika enheter att koordinera verksamheterna så att de som har god tillgänglighet till koloskopi kan hjälpa de som har långa väntetider.
- Kvaliteten på koloskopierna behöver säkras genom
 - Gemensamt uppföljningssystem för kvalitetsindikatorer
 - Gemensamma utbildningar för både blivande och etablerade koloskopister
 - Skapande av en nationell ackreditering för koloskopister
 - Etablerande av nätverk för koloskopipersonal inom södra regionen där kvalitets- och utvecklingsprojekt drivs. Ett första sådant möte har redan hållits med stöd av RCC syd och nytt möte planeras hösten 2018.

Rita Jedlert
Direktör

Regionalt samarbete

Delprojekt 11. Skopiutredning,

Sammanfattning

Denna utredning är genomförd på uppdrag av Södra regionvårdsnämndens projektgrupp för arbetsfördelning inom Södra sjukvårdsregionen. Utredningen är utförd under hösten 2017 och våren 2018 och beskriver nuläget avseende koloskopivolymer, tillgänglighet, kompetenser, utbildning och kvalitetsaspekter. De förslag som läggs kan sammanfattas på följande sätt.

- Antalet koloskopier i samtliga regioner / landsting inom Södra sjukvårdsregionen behöver ökas pga nuvarande problem med tillgängligheten och förväntad kommande behov i samband införande screening för kolorektal cancer. Olika vägar måste prövas för att uppnå denna kapacitetsökning:
 - Verksamhetsledningen på de olika enheterna behöver se över sin organisation och överväga hur de läkare som idag koloskoperar kan utföra fler koloskopier.
 - Fler sjuksköterskor utbildas till endoskopister via uppdragsutbildningar på universitet och högskolor i regionen. Kontakter har redan tagits i detta avseende.
 - Avtalen med privata vårdgivare inom Region Skåne ses över för att om möjligt utnyttja den outnyttjade kapacitet som finns där
 - Möjligheterna behöver utredas att utnyttja s.k. intraprenad d.v.s. offentliganställd personal utför i annan anställningsregi, till exempel eget bolag, koloskopier utanför arbetstid med huvudmannens utrustning och lokaler.
 - System behöver skapas inom Södra sjukvårdsregionen som på ett enkelt sätt möjliggör för de olika enheter att koordinera verksamheterna så att de som har god tillgänglighet till koloskopi kan hjälpa de som har långa väntetider.

- Kvaliteten på koloskopierna behöver säkras genom
 - Gemensamt uppföljningssystem för av kvalitetsindikatorer
 - Gemensamma utbildningar för både kommande och etablerade koloskopister
 - Skapande av en nationell ackreditering för koloskopister
 - Etablerande av nätverk för koloskopipersonal inom södra regionen där kvalitets- och utvecklingsprojekt drivs. Ett första sådant möte har redan hållits med stöd av RCC syd och nytt möte planeras hösten 2018.

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

Inledning

Undersökning av tjocktarmen med fiberoptiskt instrument, koloskopi, har använts sedan 1970-talet. Från att ha varit ett komplement till tjocktarmsröntgen har koloskopi idag i stort sett ersatt röntgen som förstahandsmetod vid kolonundersökning. Trots att antalet koloskopier ökar finns fortfarande en kapacitetsbrist på de flesta enheter i Södra sjukvårdsregionen och väntetiderna är på många håll oacceptabelt långa.

Socialstyrelsen rekommenderade 2014 att allmän screening för kolorektal cancer bör införas i åldersgruppen 60-74 år. RCC syd fick 2017 i uppdrag av Södra regionvårdsnämnden att ta fram förslag till hur tarmcancerscreening ska kunna införas i Södra sjukvårdsregionen, och en arbetsgrupp har på uppdrag av RCC i samverkan helt nyligen lagt fram ett förslag till nationella principer med sikte på införande 2019. En fullt utbyggd screening beräknas öka behovet av koloskopier med ca 20 % jämfört med dagens situation, se avsnitt Utveckling.

Koloskopi har tidigare uteslutande utförts av läkare, i första hand kirurger och gastroenterologer. Formell utbildning för läkare i koloskopi saknas i Sverige och träningen har skett genom att vara med när äldre kolleger utfört undersökningarna, varefter man successivt börjat praktisera metoden själv, i början under handledning. Nationella kriterier som definierar kompetens som självständigt verkande koloskopist saknas. De flesta koloskopier inom den offentliga vården utförs idag av läkare som inte har endoskopi som sin huvudsakliga sysselsättning, utan utför endast koloskopier på en mindre del av sin arbetstid. De privata koloskopisterna som inom Region Skåne utför nästa lika stort antal koloskopier som den offentliga vården, har ofta skopi som sin huvudsakliga sysselsättning och utför därför betydligt fler skopier per capita än de inom den offentliga vården.

Det senaste decenniet har utbildning på högskolenivå arrangerats för sjuksköterskor inom koloskopi, varav ett tiotal verkar i Södra regionen. Dessa har i allmänhet skopi som sin huvudsakliga sysselsättning och genomför i snitt betydligt fler koloskopier än läkarna.

När det gäller kvalitetsmått för koloskopi finns ett antal sådana, bl a föreslagna av European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) [Rembaecken et al], t ex hur ren tarmen blivit efter laxering, andel koloskopier där man når till blindtarmen (cekal intubationsfrekvens, CI), andel koloskopier där man påträffar polyper av typen adenom (adenoma detection rate, ADR) med flera. Inget av dessa mått är dock möjliga att följa upp på regional eller nationell nivå i Sverige idag pga avsaknad av kvalitetsregister för koloskopier (se avsnitt om Kvalitet).

Det finns således stora utmaningar för koloskopiverksamheten i Södra regionen både vad gäller kapacitet, kvalitetsuppföljning och utbildning, och behovet av en genomlysning av verksamheten är uppenbart.

Koloskopiresurser inom Södra sjukvårdsregionen

Tabell 1 beskriver antalet enheter inom Södra sjukvårdsregionen som utför koloskopier och antalet ingrepp 2016. Datakällor är data som resp. sjukvårdshuvudman levererat till Registercentrum syd, Lund, data från

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

koncernkontoret i Region Skåne och svar på enkät som skickats till de olika offentlig och privata skopienheterna inom Södra sjukvårdsregionen. Enkät svar saknas från endoskopienheterna i Trelleborg, Ystad, Specialisthuset i Eslöv samt Gastrocenter Skåne.

	Antal koloskopier (UJF32+35) 2016	Antal invånare 2016-12-31	Andel koloskopier per invånare
Kronoberg	1 818	194 628	0,93%
Växjö	1 566		
Ljungby	252		
Blekinge	1 636	158 453	1,03%
Karlskrona - Karlshamn	1 636		
Halland	3 932	320 333	1,23%
Halmstad	1 500		
Skåne	20 727	1 324 565	1,56%
Offentlig vård	10 778		
Malmö	2 347		
Lund	901		
Helsingborg	1 226		
Ängelholm	1 088		
Ystad	1 954		
Trelleborg	869		
Kristianstad	1 778		
Privat vård	9 949		
Specialisthuset Eslöv	802		
Specialistläkarna i Lund	5 199		
Gastrocenter Skåne	204		
Kåre Halldén	758		
Conny Karmer	864		
Saaed Khan	567		
Nils-Eric Nilsson	768		
Bo Persson	787		
Södra sjukvårdsregionen	28 113	1 997 979	1,41%

Tabell 1. Antal koloskopier i Södra sjukvårdsregion per vårdgivare och i förhållande till folkmängd.

Andelen koloskopier per invånare varierar över landet där Stockholm har högst andel med 1,78 % och Kalmar län bland de lägsta med 0,56 %, enligt en utredning från RCC i samverkan 2017 [ref]. Inom Region Skåne utförs nästan hälften av koloskopierna av privata vårdgivare.

Koloskopister

Majoriteten av koloskopierna i Södra sjukvårdsregionen utförs av läkare (Tabell 2). Av tabellen framgår också att andelen koloskopier i genomsnitt är betydligt lägre för koloskopister inom offentlig än inom privat vård. På de flesta enheter inom offentlig sjukvård, med undantag av Endoskopienheten, SUS, Malmö, koloskoperar läkare endast en mindre del av sin arbetstid. Koloskoperande sjuksköterskor ägnar oftast en betydande del av arbetstiden åt koloskopi och är i allmänhet högvolymskoloskopister. Siffrorna över genomsnittligt antal koloskopier per skopist ska givetvis tolkas med stor försiktighet men indikerar att sett till antalet individer

Adress Besöksadress Telefon, vxl Telefax E-post
221 85 LUND Byggmästaregatan 5 046-17 10 00

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

som utövar koloskopi inom Södra sjukvårdsregionen råder ingen egentlig brist, men majoriteten av koloskopisterna ägnar den huvudsakliga delen av sin arbetstid åt annan verksamhet än koloskopi. Det skall också understrykas att det skiljer i frekvens interventionella koloskopier (komplicerade polypextirpationer, strikturdilatationer etc.) mellan främst koloskopister i privat regi, som uteslutande av resursskäl utför diagnostiska undersökningar och avlägsnande av enklare polyper, medan de offentliganställda läkarna även om de utför färre koloskopier ofta gör fler interventioner. Motsvarande skillnad gäller också koloskoperande sjuksköterskor, som enbart utför diagnostiska undersökningar och exstirperar mindre polyper.

	Koloskopister totalt	Självständiga koloskopister	Koloskopister under utb	Läkare	Sjuksköterskor	Koloskopier per skopist
Kronoberg	16	13	3	13	3	114
Växjö	8	8	0	6	2	196
Ljungby	8	5	3	7	1	32
Blekinge	12	9	3	11	1	136
Karlskrona - Karlshamn	12	9	3	11	1	136
Halland						
Halmstad	6	5	1	5	1	250
Skåne	84	78	6	80	4	243
Offentlig vård	63	57	6	59	4	171
Malmö	18	16	2	18	0	130
Lund	11	9	2	11	0	79
Helsingborg	14	14	0	14	0	87
Ängelholm	6	6	0	4	2	178
Ystad						
Trelleborg						
Kristianstad	14	12	2	12	2	127
Privat vård	21	21	0	21	0	464
Specialisthuset Esköv						
Specialistläkarna i Lund	16	16	0	16	0	325
Gastrocenter Skåne						
Kåre Halldén	1	1		1		758
Conny Karmer	1	1		1		864
Saaed Khan	1	1		1		567
Nils-Eric Nilsson	1	1		1		768
Bo Persson	1	1		1		787
Södra sjukvårdsregionen	118	105	13	109	9	236

Tabell 2. Antal koloskopister, utbildningsnivå, profession och antal koloskopier per koloskopist 2016.

De koloskoperande läkarna i Södra sjukvårdsregionen utgörs till största del av gastroenterologer, Tabell 3. De koloskopister som har annan specialitet utgörs av två barn gastroenterologer på SUS.

En grupp skopister som har tillkommit på senare år är sjuksköterskor med 60 högskolepoäng vidareutbildning inom endoskopi. I Sverige finns f.n. 58 personer, varav ett knappt 10-tal verkar i Södra sjukvårdsregionen (Växjö 2, Blekinge 1, Kristianstad 2, Ängelholm 2), tabell 2. Dessa utför koloskopier, sigmoideoskopier och gastroskopier, tar PX (provexcisioner för mikroskopisk undersökning) och exstirperar mindre polyper. Tekniskt mer avancerade interventioner är däremot av juridiska skäl förbehållna skoperande läkare. Sjuksköterskorna utför huvuddelen av

Adress Besöksadress Telefon, vxl Telefax E-post
221 85 LUND Byggmästaregatan 5 046-17 10 00

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

sin tid självständiga skopier och kan sägas vara renodlade endoskopister, som inte deltar i annan verksamhet som inte är relaterad till endoskopi.

Åldersfördelningen bland koloskopisterna är tämligen jämn och antalet koloskopister 25-41 år motsvarar antalet koloskopister som är 60 år och äldre, tabell 3.

	Specialitet			Ålder			
	Kirurg	Gastro enterolog	Annan	25-40 år	41-50 år	51-60 år	>60 år
Kronoberg	10	3	0	7	2	4	3
Växjö	4	2	0	2	1	3	2
Ljungby	6	1	0	5	1	1	1
Blekinge	9	3	0	3	3	3	1
Karlskrona - Karlshamn	9	3	0	3	3	3	1
Halland							
Halmstad	1	4	0	0	2	3	0
Skåne	28	50	2	13	29	17	18
Offentlig vård	17	40	2	13	24	13	9
Malmö	3	13	2	4	9	3	2
Lund	0	11	0	2	6	2	1
Helsingborg	6	8	0	4	5	3	2
Ängelholm	2	2	0	0	1	1	2
Ystad	0	0	0	0	0	0	0
Trelleborg	0	0	0	0	0	0	0
Kristianstad	6	6	0	3	3	4	2
Privat vård	11	10	0		5	4	9
Specialisthuset Eslöv							
Specialistläkarna i Lund	7	9	0	3	4	3	6
Gastrocenter Skåne							
Kåre Halldén / Johan Ottosson	1				1		
Conny Kramer	1						1
Saaed Khan		1				1	
Nils-Eric Nilsson	1						1
Bo Persson	1						1
Södra sjukvårdsregionen (n)	48	60	2	23	36	27	22
Södra sjukvårdsregionen (%)	44%	55%	2%	21%	33%	25%	20%

Tabell 3. Fördelning av specialitet bland koloskopoperande läkare samt åldersfördelningen bland koloskopister. *)Kåre Halldéns avtal övertogs 2017 av Johan Ottosson

Tillgänglighet

Tabell 4 visar tillgängligheten till koloskopi i Södra regionen och Sverige totalt i januari 2018 enligt den nationella väntetidsdatabasen. Tillgängligheten är mycket god i Halmstad där 85 % av patienterna får koloskopi inom 60 dagar och 95 % inom 90 dagar, vilket motsvarar uppfyllande av vårdgarantin. För Skåne och Kronoberg siffrorna i paritet med riket, där 68 % av patienterna får vård inom 60 dagar och 80 % inom 90 dagar. Riktigt bekymmersam är dock situationen i Blekinge där endast 40 % blir koloskopoperade inom 60 dagar och 51 % inom 90 dagar.

Adress 221 85 LUND Besöksadress Byggmästaregatan 5 Telefon, vxl 046-17 10 00 Telefax E-post

	Andel väntande inom 60 dgr	Andel väntande inom 90 dgr	TOTALT antal väntande	0-30 dgr	31-60 dgr	61-90 dgr	91-120 dgr	121-180 dgr	181-365 dgr	> 365 dgr
Kronoberg	63%	75%	227	110	33	27	14	16	25	2
Växjö	62%	76%	177	82	28	25	12	16	12	2
Ljungby	66%	70%	50	28	5	2	2	0	13	0
Blekinge	40%	51%	296	61	56	34	21	27	49	48
Karlskrona - Karlshamn	40%	51%	296	61	56	34	21	27	49	48
Halland	85%	95%	294	163	86	31	8	2	4	0
Halmstad-Varberg	85%	95%	294	163	86	31	8	2	4	0
Skåne	70%	83%	1 783	796	457	219	126	100	60	25
<i>Offentlig vård</i>										
SUS Lund-Malmö	58%	72%	767	306	141	106	75	66	51	22
Helsingborg	76%	88%	297	152	74	35	15	13	5	3
Ängelholm	82%	93%	125	74	28	14	4	1	4	0
Ystad	81%	95%	128	61	43	18	3	3	0	0
Trelleborg	81%	89%	123	66	34	9	5	9	0	0
Kristianstad	56%	77%	91	32	19	19	13	8	0	0
<i>Privat vård</i>										
Specialisthuset Eslöv	44%	79%	52	15	8	18	11	0	0	0
Specialistläkarna i Lund	100%	100%	200	90	110	0	0	0	0	0
Riket	68%	80%	2600	1130	632	311	169	145	138	75

Tabell 4. Väntetidssituation för koloskopi i Södra Sjukvårdsregionen januari 2018 (Källa: "Väntetider i vården")

Utbildning och kvalitetskontroll

Centrala riktlinjer för utbildning av koloskoperande läkare fastställda av Socialstyrelsen eller annan myndighet finns inte i Sverige idag. Det finns heller ingen formell specialistutbildning till koloskopist. Det finns inga svenska riktlinjer om kompetens eller kvalitetskrav för läkare utför koloskopi. I Storbritannien finns har *Royal Collage of Phycians Joint Advisory Group on GI Endoscopy* (<https://www.thejag.org.uk/>) ett etablerat system för utbildning och certifieringskrav för koloskopister. Där finns också ett nationellt kvalitetsregister för koloskopi. Ett sådant system behöver införas på nationell nivå och detta skulle kunna ske med stöd av RCC i samverkan och Svensk gastroenterologisk förening, och vi har tagit inledande kontakter i detta ärende.

I Sverige är det upp till respektive verksamhetschef att avgöra om varje läkare har kompetens att utföra koloskopi och att följa upp kvaliteten i utförda undersökningar. I den enkätundersökning som vi gjorde ställdes följande frågor till de endoskopiansvariga:

- Har ni ett strukturerat utbildningssystem för blivande skopister? Hur ser det i så fall ut (krav externa kurser, antal skopier under handledning etc)?
- Har ni kriterier som definierar en självständig koloskopist? I så fall vilka?
- Finns ackrediterade koloskopister? I så fall enl vilket system?

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

- Sker någon systematisk kvalitetskontroll av koloskopiverksamheten på enheten (t.ex. extern revision, redovisning av ev. komplikationer i något forum)? I så fall på vilket sätt?
- Sker någon systematisk kvalitetskontroll av enskilda koloskopister (t.ex. regelbunden återkoppling av antalet utförda skopier, adenom detektionsfrekvensen (ADR), mediantid för utdragning av instrumentet, cecal intubationsfrekvens osv)? I så fall på vilket sätt?

	Utbildnings system	Kriterier självst skopist	Akrediterade skopister	Kvalitets kontroll verksamhet	Kvalitets kontrol skopister
Kronoberg					
Växjö	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Ljungby	Ja	Nej	Nej	Ja	Ja
Blekinge					
Karlskrona - Karlshamn	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Halland					
Halmstad	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja
Skåne					
<i>Offentlig vård</i>					
Malmö	Ja	Ja	Nej	Nej	Nej
Lund	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Helsingborg	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Ängelholm	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
Kristianstad	Ja / Nej	Nej	Nej	Nej	Nej
<i>Privat vård</i>					
Specialistläkarna i Lund	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Johan Ottosson	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja
Saaed Khan	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja
Nils-Eric Nilsson	Nej	Nej	Nej	Ja	Ja

Tabell 5. Enkät svar på frågor rörande utbildning, ackreditering och kvalitetskontroll

Samtliga landsting utbildar nya koloskopister i form av ST-läkare inom kirurgi och gastroenterologi (v.g. se ovan). Dock är denna utbildning intern för varje sjukhus och inte samordnad vare sig till innehåll eller till antalet skopister, inte ens i samma landsting.

Av tabell 5 framgår att vissa kliniker har system för hur man utbildar koloskoperande läkare. I Ljungby anges att läkare under utbildning får skopera under handledning tills senior kollega/schemaläggare anser att man kan skopera självständigt, i Växjö skall koloskoperande läkare ha utfört minst 50 skopier under handledning innan man anses kunna skopera självständigt och i Malmö anges krav på basal kurs i endoskopi samt 200-300 utförda koloskopier under handledning under 3 månader.

Av tabell 3 framgår att 20 % av de befintliga koloskopisterna avgår med pension inom en 5-årsperiod. Nettoeffekten kommer att bland annat bero på i hur stor utsträckning de befintliga och tillkommande skoperande läkarna utnyttjas för just koloskoperande. På de flesta enheter deltar dessa också i respektive kliniks övriga arbete på avdelningar, operation, mottagning, akutmottagning både kontors- och

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

jourtid etc. Det enda sjukhus i Södra sjukvårdsregionen som i dagsläget har renodlade skopister är SUS Malmö med en endoskopienhet. Sjukhus med dygnet-runt akutuppdrag har däremot schemamässigt mycket svårt att avvara mer än någon enstaka läkare för renodlad skopiverksamhet. Allmänt är intresset för dylika tjänster dessutom lågt och det saknas incitament för att få en kirurg eller gastroenterolog att mer renodlat ägna sig åt koloskopi.

Ett organisatoriskt problem med renodlade skoperande läkare uppfattas också vara att man förlorar kopplingen att diagnostiserande och behandlande läkare är samma person. De finns ett värde i att den gastroenterolog som behandlar en patient med inflammatorisk tarmsjukdom själv kan värdera terapieresultatet genom en koloskopi liksom att en kirurg värderar om ett utbrett adenom bäst opereras eller behandlas med koloskopisk intervention. Det är således angeläget att varje huvudman utreder dessa aspekter i sin lokala organisation, men ur kvalitetssynpunkt är det viktigt att man vid varje enhet på sikt organiserar koloskopiverksamheten på ett sådant sätt att varje koloskopist utför ett tillräckligt antal koloskopier för att kunna uppfylla nationella kvalitetskrav och att det finns åtminstone en läkare vid varje enhet som dedikerat ägnar en stor del av sin arbetstid åt koloskopi och koloskopiutveckling.

Ett hittills i stor utsträckning förbisett behov är vidareutbildning och kompetensutveckling av koloskopister. Inom ramen för SCREESCO-studien genomfördes 2015-2017 tre typer av kursen för en mindre grupp av koloskopister (ca 4) per region med hjälp av engelska instruktörer. Tanken var att dessa i sin tur skulle sprida sina kunskaper i regionen. De tre kurstyperna var

- Up-skill (kvalitetshöjande koloskopi)
- Polypektomi (fördjupade kunskaper i polypektomi)
- Train the trainer (lära hur man lär ut koloskopi till andra)

Det är viktigt att denna verksamhet kan utvecklas och fler kurser hållas regionalt. Vi har via kontakt med RCC i samverkan fått klartecken att finansiellt stöd kan ges från RCC till sådana utbildningar under 2018 och eventuellt längre fram också, beroende på hur överenskommelserna mellan staten och SKL rörande cancerområdet utformas. Kontakt har tagits med endoskopienheten i Malmö för att med deras hjälp och med ekonomiskt och organisatoriskt stöd från RCC syd anordna sådana kursen i år.

De enheter som angivit att kvalitetskontroll av enheten sker anger följande:

- Ljungby: intern revision avseende cecal intubation, radikala polypektomier, komplikationer
- Specialistläkarna i Lund: statistik över fullständiga undersökningar
- Johan Ottosson: Intern audit/genomgång
- Saed Kahn: Genomgång löpande
- Nils-Erik Nilsson: Praktikertjänst kvalitets och ledningssystem

De enheter som angivit att kvalitetskontroll av koloskopister sker har anger följande:

- Ljungby: etc Intern genomgång av intern kvalitetsgranskning
- Halmstad: Intern statistik
- Specialistläkarna i Lund: Intern statistik över cecal intubationsfrekvens

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

- Johan Ottosson: Intern audit/genomgång
- Saed Kahn: Årlig genomgång av olika parametrar – ADR, ileal/cekal intubationsfrekvens mm
- Nils-Erik Nilsson: Praktikertjänst kvalitets och ledningssystem

Bilddokumentation och journalföring

Flera olika dokumentationssystem för både bilder och text förekommer. Tabell 6 sammanfattar enkätsvaren på dessa frågor.

	Bilddokumentation	Dokumentation	Mall/ Fritext	Koloskopi-register
Kronoberg				
Växjö	Picsara	Journal	Fritext	Nej
Ljungby	Picsara	Journal + särskilt system	Fritxt	Nej
Blekinge				
Karlskrona - Karlshamn	Bilder scannas	Journal	Fritext	Nej
Halland				
Halmstad	Endobase	Journal	Fritext	Nej
Skåne				
<i>Offentlig vård</i>				
Malmö	Endobase	Röntgen	Fritext	Nej
Lund	Picsara	Journal	Mall	Nej
Helsingborg	USB-inscanning till journalen	Journal	Mall	Nej
Ängelholm	Endobase	Journal + Endobase	Fritext	Nej
Kristianstad	Endobase	Journal	Mall+Fri	Nej
<i>Privat vård</i>				
Specialistläkarna i Lund	USB-minne	Journal	Mall	Nej
Johan Ottosson 2017	Fujifilm USB-flashdrive	Journal	Mall	Nej
Saaed Khan	bilder	Journal	Mall	Ja
Nils-Eric Nilsson	Medicap	Journal	Mall	Nej

Tabell 6. System för dokumentation av bilder och text.

Det förekommer alltså flera olika system för bilddokumentation, vilket försvårar eller omöjliggör elektronisk överföring mellan enheter. Dokumentationen av texten sker i de flesta fall i journalen i fritext eller med hjälp av mallar. Endast en enhet anger att det förekommer någon form av kolospiregister.

Tillgång till Scopeguide och laxeringsrutiner

Tabell 7 beskriver tillgång till det anatomiska vägledningssystemet Scopeguide, som endast tillhandahålls av Olympus. Samtliga offentliga vårdgivare har tillgång till detta utom Blekinge, däremot inga av de privata vårdgivarna.

Laxeringsrutinerna skiljer sig också mellan de olika enheterna. Majoriteten använder dock polypetylenglykol (PEG) i två-dos som rekommenderas i SCREECO-studien.

	Scopeguide	Laxering
Kronoberg		
Växjö	Ja	Citrafleet
Ljungby	Ja	Citrafleet
Blekinge		
Karlskrona - Karlshamn	Nej	PEG 2-dos (split)
Halland		
Halmstad	Ja	PEG 2-dos (split)
Skåne		
<i>Offentlig vård</i>		
Malmö	Ja	PEG 2-dos (split)
Lund	Ja	PEG 2-dos (split)
Helsingborg	Ja	PEG 2-dos (split)
Ängelholm	Ja	Picoprep
Kristianstad	Ja	Picoprep + Toilax
<i>Privat vård</i>		
Specialistläkarna i Lund	Nej	PEG 1-dos / 2-dos (split)
Johan Ottosson 2017	Nej	Picoprep
Saaed Khan	Nej	Picoprep
Nils-Eric Nilsson	Nej	PEG 2-dos (split) + Picoprep

Resursbehov i nuläget och vid eventuellt screeninginförande

Tabell 8 beskriver svaren avseende behoven i nuläget och vid införande av screening som fullt utbyggt med årlig provtagning i åldersgrupperna 50 – 74 år enligt förslag från RCC Syd 2017 skulle ge ett ökat behov på 40 %. Som refererats i Inledning är dock det förslag som RCC i samverkan kommer att framföra nationellt är begränsat till åldersgruppen 60-74 år och provtagning endast vart annat år, vilket innebär att det ökade koloskopibehov blir ca 20 %. Screening kommer sannolikt också att börja endast med 60-årskohorten, för att senare byggas ut efterhand som kapaciteten hos huvudmännen tillåter, troligen under 3-5 år.

Det är uppenbart att bristen i nuläget och vid framtida behovsökning i lika hög grad gäller lokaler och koloskopiassistenter. Behoven av resurstillskott är störst hos de offentliga vårdgivarna, medan flera av de privata vårdgivarna uppger sig i nuläget ha kapacitet att utföra 200-300 fler koloskopier per år om bara deras avtal tillät det, se särskilt avsnitt om avtalen.

	Behov nuläge	Behov vid 40 % ökning av antalet koloskopier
Kronoberg		
Växjö	Vi behöver mer "bredvidpersonal"	Fler skopister och ännu mer "bredvidpersonal". Önskvärt med fler skoperande gastroenterologer.
Ljungby	Adekvat täckning	Möjligt resursunderskott som dock kan lösas i och med utbildning av ST-läkare kommande år.
Blekinge		
Karlskrona - Karlshamn	Brist på lokaler, assistenter och instrument. Även brist på koloskopister pga andra arbetsuppg. och deltidsarb	Går ej i befintliga lokaler eller nuvarande struktur med stor andel deltids skoperande kirurger
Halland		
Halmstad	Tillfredsställande	Då behöver vi förstärka med en heltidsskopist och mer personal
Skåne		
<i>Offentlig vård</i>		
Malmö	1 rum + 1 team (1 läk + 2 assist)	2 rum + bemanning+ instrument
Lund	Största behovet är assistenter samt lokalproblematik	Fler läkare schemalagda samt behov av endoskopiassistenter.
Helsingborg	I nuläget samordnar vi lite mindre än en tredjedel av våra remisser till privata vårdgivare	Resurser i form av lokaler, instrument samt koloskopister behövs samt assistenter och sekreterare.
Ängelholm	Ua	Ökat behov
Kristianstad	1 rum + 3 personal + skopitid (ej skopister)+ 3 instrument	2 rum + 5 personal + skopitid + 6 instrument
<i>Privat vård</i>		
Specialistläkarna i Lund	Nej	1,5 tjänst, 3 koloskop
Johan Ottosson 2017	Outnyttjad kapacitet på 200-300 koloskopier hos mig.	
Saaed Khan	Ytterligare 20-30 % vore bra - se nedan. Skulle kunna göra fler skopier årligen	Tilldelning av ytterligare skopier via enskilt avtal t ex -privatläkare med tak och inget intresse från byråkrater för ändring hittills trots påstötningar
Nils-Eric Nilsson	Gör tillsammans med gastrokopier 494 st, så mycket vi har avtal för, kan göra 300 till med de lokaler och per	Kräver ett helt annat avtal

Tabell 8. Resursbehov i nuläget och vid 40%-ig ökning av antalet koloskopier

Kvalitetskrav

Skiftande och bristande kvalitet i koloskopiverksamhet och dess konsekvenser har uppmärksammats alltmer de senaste åren både internationellt och i Sverige (Thorlacius 2017). Kvalitetsaspekterna berör hela kedjan, dvs. indikation, laxering, undersökning inklusive adekvat biopsitagning, polypexstirpation och hantering av eventuella komplikationer, dokumentation, följsamhet till riktlinjer och uppföljning.

Den avgörande betydelsen av tillräcklig kvalitet kan illustreras genom en studie omfattande cirka 315 000 koloskopier utförda av 136 koloskopister (Corley et al 2014). Ett centralt kvalitetsmått är antalet adenom (polyper med potentiell cancerrisk) skopisten upptäcker/patient (ADR=adenoma detection rate), som bör vara lägst 25 %. Studien visade att cancerincidensen minskade med 3 % och cancermortaliteten med 5 % för varje procents ökning av ADR! För benigna diagnoser är likaså väl dokumenterat betydelsen av kvalitetskolskopi, till exempel adekvat antal biopsier av slemhinnan för korrekt diagnos av inflammatorisk tarmsjukdom. En annan aspekt är att europeiska studier visat att 20 – 40 % av

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

koloskopierna inte utförs på korrekt indikation, vilket givetvis utsätter patienterna för obehag och komplikationsrisker samt är ett hälsoekonomiskt slöseri (Thorlacijs et al 2017).

Mot ovanstående bakgrund har den europeiska föreningen för gastrointestinal endoskopi (ESGE) fastställt kvalitetsriktlinjer, sammanfattade i Tabell 9 Dessa är antagna även av Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF). ESGE förordar volymmässigt att en koloskopist bör utföra minst 300 koloskopier årligen av kvalitetsskäl (Valori 2012). Dock kommenterar man inte att det sannolikt också spelar roll vilken tidigare volym koloskopier man har utfört, dvs. att årskravet troligen kan reduceras för en koloskopist med stor tidigare erfarenhet. Detta beaktas i riktlinjerna för English NHS Bowel Cancer Screening Programme, som stadgar minst 1000 utförda koloskopier och 150 stycken årligen (Rembacken 2012).

Kvalitetsindikator	Målsättning
● Adekvat indikation	> 80 procent
● Följsamhet till riktlinjer	> 90 procent
● Dokumentation av tarmrengöringen	> 98 procent
● Väl rengjord tarm	> 85 procent
● Cekat intubationsfrekvens med fotodokumentation - samtliga	> 90 procent
● Cekat intubationsfrekvens med fotodokumentation - screening	> 95 procent
● ADR (andel koloskopier där man hittar minst ett adenom)	> 25 procent
● Dokumentation av extubationstid (> 6 min)	> 98 procent
● Endoskopisk resektion av stjälkade/bredbasiga polyper < 2 cm	> 98 procent
● Biopsier vid kronisk diarré	> 98 procent
● Biopsier vid inflammatorisk tarmsjukdom	> 98 procent
● Perforation - samtliga	< 1/500
● Perforation - screening	< 1/1000
● Blödning	< 1 procent
● Icke-kirurgisk hantering av blödning	> 90 procent

Tabell 9. Kvalitetsindikatorer och målvärden vid koloskopi enligt Europeisk förening för gastrointestinal endoskopi (ESGE) (efter Thorlacijs et al Läkartidningen 2017 resp Rex et al 2015).

För att kvalitetskraven skall vara meningsfulla måste det också dokumenteras att de tillämpas. Grunden är att en strukturerad journal förs, som inkluderar dessa uppgifter. I Sverige finns långt gångna diskussioner om vad en dylik journal skall innehålla och en variant användes redan inom ramen för screeningstudien för kolorektal cancer, SCREESCO (Screening of Swedish colons) (ref Screesco). Med vissa tillägg kan denna bli heltäckande oavsett koloskopiindikation. Ett problem är dock att synkronisera denna IT-mässigt med de olika datajournalssystemen. En gemensam IT-baserad journal utgör vidare en utmärkt grund för ett nationellt kvalitetsregister, vilka är genomförda bl.a. i Tyskland inom ramen för screening (Pox 2012). Genom ett dylikt register kan kontinuerligt kvaliteten följas både generellt och

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

för den enskilde koloskopisten. Vid eventuella brister kan tidigt utbildning eller andra åtgärder sättas in. Ett nationellt register är givetvis också en källa för omfattande forskning. Därmed uppfylls också Hälso- och sjukvårdslagens krav på kvalitetsuppföljning och FoU-verksamhet.

Vi bedömer också att genom ett strikt tillämpande av kvalitetskrav är diskussionen om vilka yrkesgrupper som skall koloskoperas överflödigt. Idag koloskoperar läkare av några olika kategorier (kirurger och gastroenterologer) respektive specialistutbildade sjuksköterskor (se detta avsnitt). Den som, förutom adekvat grundutbildning inom koloskopi, uppfyller kvalitetskraven är därmed behörig att utföra undersökningen (avser offentliganställda).

Offentlig respektive privat vård

Av de fyra huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen är det enbart Region Skåne som anlitar privata koloskopister, vilka för Skånes del utför nästan 50 % av koloskopierna. Region Halland har inom ramen för vårdgarantin remitterat enstaka patienter till Göteborg. Region Halland, Region Kronoberg och landstinget Blekinge har inga planer på att teckna avtal med privata koloskopister. Samtliga huvudmän har dock problem med både omfattande köer och långa väntetider (se tabell 4) och redan idag genomförs vid behov extrasatsningar med ordinarie personal och koloskopister, till exempel kvällsmottagningar.

Principiellt menar vi att de fyra huvudmännen borde kunna etablera ett närmare samarbete inom hela endoskopiområdet. Således bör man vid långa väntetider på koloskopi hos en huvudman på ett administrativt enkelt sätt kunna kontakta övriga landsting i Södra sjukvårdsregionen och efterhöra möjligheterna till hjälp. Särskilt i de geografiska gränsområdena mellan huvudmännen underlättar ett dylikt utbyte för patienterna, som kan slippa längre resor (vilka är praktiskt besvärliga i samband med laxering). Ett enkelt sätt är att huvudmännen regelbundet utbyter statistik över aktuella väntelistor och tillgängliga koloskopiresurser via koordinatörer.

De privata koloskopisterna i Region Skåne är relativt heterogena, liksom de avtal regionen har slutit med dem. En grupp, för närvarande 3 personer, skoperar (inkluderar även gastroskopier) väsentligen på heltid. En annan grupp, cirka 6 personer, kombinerar skoperande med annan sjukvårdsverksamhet i privat regi. En tredje grupp, vars numerär skiftar över tid, bistår olika privata mottagningar med skopier på sin fritid, men har sin huvudanställning inom den offentliga vården alternativt är pensionerade. 2017 utfördes 47 % av koloskopierna i Region Skåne av de privata skopisterna (tabell 1).

Region Skåne hade 2017 avtal enligt LOU (Lagen om offentlig upphandling) med 2 privata aktörer och avtal enligt LOL (Lagen om läkarvårdsersättning) med 7 privata mottagningar. Avtalen enligt LOU omfattar ett upphandlat definierat antal koloskopier, medan däremot LOL-avtalen innehåller två taknivåer, varefter endast patientavgiften erhålles (vilket innebär en betydande nettoförlust för skopisten, varför inga skopier i praktiken utföres utöver tak 2-nivån, se nedan). Ersättningarna skiljer anmärkningsvärt mycket (identiska åtgärder avses), från 3163 kr (lägsta inom tak 2) kr till 5074 kr (högsta inom tak 1) för koloskopi med polypektomi. I Region Skånes prislista för LOL år 2018 anges koloskopi med polypektomi till 5173 kr (tak 1). Dessa

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

kan jämföras med priset i Södra Regionsvårdsnämndens prislista 2017, som är 8347 kr, vilket dock inkluderar fler kostnader än de privata (till exempel utbildning och handledning). Det bör förtydligas, att vid LOL-avtal är Region Skåne enbart finansiär och kan inte påverka ersättningarna, inte heller kräva att innehavaren utför ett visst antal koloskopier, följer vårdprogram etc., utan kan enbart kräva "samverkan" samt begära underlag för ekonomisk revision. Detta till skillnad från LOU, där Region Skåne ställer specificerade krav, till exempel på antal koloskopier, olika former av samverkan, kvalitetsuppfyllelse etc.

Ovanstående heterogenitet i avtalskonstruktionerna medför uppenbara svårigheter för den långsiktiga planeringen. Innehavarna av LOL-avtal kan till exempel ändra inriktning på sin medicinska verksamhet och antalet tillgängliga koloskopier därmed skifta. Samtidigt kan heltidsskopisten ev ekonomiska skäl inte öka antalet utöver tak 2, vilket av dem har anförts som problematiskt. Flera av dem har påpekat att de skulle kunna öka antalet koloskopier med 200-300 stycken/år (utöver tak 2), vilket teoretiskt med 7 LOL-skopister skulle öka tillgången med minst 1400 koloskopier årligen i Region Skåne. LOU-avtalen innebär större flexibilitet men tenderar å andra sidan att vara kortsiktigare och olika utformade.

Den av oss eftersträlvade strategiska planeringen av koloskopivolymer blir därmed relativt komplex i Region Skåne, till skillnad från hos de övriga huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen. Särskilt vill vi understryka svårigheterna i Region Skåne att införa likvärdiga krav på instrument, teknisk utrustning och kvalitet, journalföring enligt standardmall, deltagande i kommande nationellt kvalitetsregister och fortbildning.

Utveckling

Både nationellt och internationellt ses en ökning av koloskopibehovet. Skälen är flera, såsom den ökade medellivslängden (både polyper, kolorektal cancer och benigna sjukdomar i kolon och rektum ökar med åldern), befolkningsökningen, införandet av screening för kolorektal cancer, ökande genetisk testning av kolorektalcancer- och polyppatienter som genererar fler uppföljningar av både patienter och genetiska släktingar, ökade diagnostiska och interventionella möjligheter med mera. Hur stor ökningen av antalet koloskopier blir av dessa faktorer är svåruppskattat, men en grov uppskattning är 2 %/år. För Södra sjukvårdsregionen innebär detta cirka 550 nya koloskopier första året med ackumulationseffekt, grovt uppskattad till cirka 2 850 fler/år efter 5 år.

För närvarande rekommenderas en genomsnittlig koloskopifrekvens på cirka 1,5 % av befolkningen årligen. Nuvarande koloskopivolymer (v.g. se ovan) på cirka 28 113 fall årligen i Södra sjukvårdsregionen innebär en genomsnittsfrekvens på 1,41 % och en ökning till 1,5 % medför behov av ytterligare cirka 2 600 undersökningar/år, främst i Kronoberg, Blekinge och Halland.

Införandet av screening för kolorektal cancer föreslås starta 2019 och omfatta åldersklasserna 60 – 74 år vid full utbyggnad. Införandetakten är ännu inte beslutad men kan uppskattas till mellan 3 och 5 år. Förslaget innebär faecetestning för mikropisk blodförekomst vartannat år, där andelen positiva skiftar mellan cirka 2 – 5 %, beroende på en rad faktorer. Av dessa accepterar i stort sett samtliga personer erbjuden koloskopi. Deltagandefrekvensen antas bli 65 % (som i Stockholm) och

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

varje årskull i Södra sjukvårdsregionen är cirka 20 000 individer. Vid fullt utbyggt screeningprogram fordras således cirka 2000 – 5000 koloskopier årligen (beräknat på 2 – 5 % positiva tester).

Jämfört med dagens cirka 27 600 koloskopier/år, har således om 5 år behovet ökat med minst cirka 5 000 fall/år (18 %) upp till cirka 8 000 fall/år (29 %).

Denna ökning kan inom överskådlig framtid inte mötas genom ökat samarbete mellan huvudmännen, då samtliga knappt klarar nuvarande behov (se tabell 4). Ingen håller stipulerade ledtider annat än för de högst prioriterade patienterna, såsom SVF för misstänkt cancer. Särskilt bekymmersamt är att kontroller efter behandlad cancer och polypexstirpationer också är försenade. Ett ökat samarbete mellan huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen löser således inte volymsbehoven annat än vid tillfälliga toppbelastningar men bör definitivt utvecklas av andra skäl. Redan idag remitteras patienter till SUS Malmö för interventionell koloskopi i form av mer omfattande Endoskopisk Mucosa Resektion (EMR) alternativt Endoskopisk Submukös Dissektion (ESD) vid utbredda respektive djupväxande adenom (v.g. se vidare nedan om framtida teknisk utveckling.) Gemensamma riktlinjer, synkroniserad grundutbildning, regelbunden fortbildning (ett nätverk etablerades f.ö. 180406), forskningsprojekt och regelbundna terapikonferenser av MDK-typ är exempel på utvecklingsprojekt inom endoskopiverksamheten i Södra sjukvårdsregionen. En naturlig följd av dylikt samarbete är också en arbetsfördelning mellan enheterna för att dels undvika att för många parallellt satsar på ny teknik men med för litet patientunderlag och dels att utvärdering kan ske.

En förutsättning för ökat samarbete inom Södra sjukvårdsregionen är dock förbättrade kommunikationssystem, främst för bildöverföring och s.k. live-konferenser. Det är också nödvändigt att befintliga datajournalssystem snarast kan kommunicera med varandra och med externa kvalitetsregister, bl.a. det nationella uppföljningssystem som planeras för screeningverksamheten. Ett arbete med ett nationellt IT-baserat kallelse-system inom den föreslagna screeningen för kolorektal cancer pågår och utgår från det befintliga systemet i Stockholm. Landsting / region som väljer att inför screening kommer att erbjudas möjlighet att ansluta sig till detta system

När det gäller att öka tillgången på koloskopier skulle den snabbaste och enklaste vara att organisera verksamheten på de olika enheterna på ett sådant sätt att de läkare som har kompetens att koloskopera får möjlighet att öka sina koloskopivolymer, men som nämnts ovan under avsnittet om utbildning, är detta knappast något som enkelt låter sig göras i det korta perspektivet.

Vi bedömer därför att den snabbaste vägen att uppnå ett mer betydande tillskott av endoskopister är vidareutbildning av sjuksköterskor till endoskopister. Förfrågningar pågår till högskolorna i Södra sjukvårdsregionen om möjligheterna för i första hand uppdragsutbildning omfattande 15-20 endoskopisjuksköterskor per omgång.

Ytterligare dellösningar av det ökande koloskopistbehovet kan vara etablerandet av fler privata koloskopister. Dock synes oss de ekonomiska och juridiska aspekterna göra detta svårhanterligt. LOL är således ett permanent åtagande för den offentliga huvudmannen men med en mycket begränsad kontroll av verksamheten både till

Birger Pålsson, Björn Ohlsson

innehåll (inga garantier finns mot att innehavaren skiftar inriktning och kalkylerat koloskopitillskott därmed försvinner), samverkan och kvalitet. LOU fungerar därvid avsevärt bättre, men innebär samtidigt för anbudsgivaren en större osäkerhet då avtalet är tidsbegränsat och motverkar därmed både det långsiktiga syftet och önskemålen om kontinuerlig utveckling. LOU synes därför lämpa sig bäst vid ökande belastning av rutinkoloskopier under en överskådlig period.

En variant som idag inte utnyttjas är s.k. intraprenad (offentliganställd personal utför i annan anställningsregi, till exempel eget bolag, koloskopier utanför arbetstid med huvudmannens utrustning och lokaler). Fördelarna är flera, till exempel är personalens kompetens redan garanterad genom kraven i deras offentliga anställning, befintliga administrativa system användes, utrustningen uppfyller definierade kvalitetskrav och uppdateras kontinuerligt, ytterligare remitterande undviks, kontinuitet behandlande läkare-patient kan uppnås och forsknings- och utvecklingsaspekter bibehålls etc. Förutsättningen är givetvis att tillräckligt många koloskopister och kringpersonal är intresserade av en dylik intraprenad och därmed vilka ekonomiska och andra villkor denna förknippas med. Vi föreslår dock att frågan närmare utredes gemensamt mellan huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen med målet att försöksverksamhet kan startas inom 1 år.

Förutom volymökningar sker också en teknisk utveckling inom koloskopin (och övrig endoskopi), som ställer krav på nya investeringar, fortbildning och arbetsfördelning. Idag utför bara vissa koloskopister ballongdilatationer av benigna (främst vid Morbus Crohn) och maligna (hos palliativa cancerpatienter) strikturer, inläggning av stentar (främst hos palliativa cancerpatienter) samt mer omfattande EMR. Den sistnämnda metoden bör omgående etableras vid flera enheter i Södra sjukvårdsregionen, då alltför många patienter kan behandlas. Ovanstående ESD utvecklas också alltmer och börjar nu även omfatta ytlig cancer i adenom hos företrädesvis äldre patienter, således ökar denna indikation raskt (De Ceglie 2016). I nuläget utföres ESD enbart vid SUS Malmö. Vår uppfattning är att det bör övervägas att ESD etableras vid ytterligare 1-2 enheter (noder) i Södra sjukvårdsregionen, dels av säkerhetsskäl (sårbart med endast SUS och 1 utförare), dels för att täcka behovsökningen. Etableringen bör ske samordnat och i samarbete både utbildningsmässigt och av forskningsskäl.

Ett annat exempel på teknisk utveckling är koloskopiskt ultraljud. Med alltmer högupplösande ultraljudsteknik kan bedömning göras av tumörers invasionsdjup för värdering om de ytligt belägna kräver tarmresektion. Vidare kan bättre differentialdiagnostik uppnås av benigna och semimaligna tumörer (Gall 2013).

För att säkerställa samordning inom Södra sjukvårdsregionen avseende utbildning inom koloskopi, kvalitetskrav, införandet av kvalitetsregister, teknikutveckling och – utvärdering, forskning och arbetsfördelning, rekommenderar vi etablerandet av nodmodellen. Denna innebär upprättande av ett "centre of excellence" och ett antal ytterligare enheter, vilka samverkar enligt en strukturerad plan i alla ovanstående frågor. "Centre of excellence" behöver inte ensamt (och skall förmodligen inte heller) täcka samtliga aspekter utan delar av det samlade åtagandet i Södra sjukvårdsregionen kan förläggas vid andra noder. Dock har "centre of excellence" alltid ett övergripande och samordnande ansvar.

REFERENSER

- Thorlacius H, Wurm Johansson G, Nemeth A, Toth E. Koloskopier måste kvalitetssäkras. Läkartidningen 2017, 114:EHD7.
- Pox CP, Altenhofen L, Brenner H, Theilmeier A, von Stillfried D, Schmiegel W. Efficacy of a nationwide screening colonoscopy program for colorectal cancer. Gastroenterology 2012, 142, 1460-1467.
- Rex D, Schoenfeld PS, Cohen J et al. Quality indicators for colonoscopy. Gastrointest Endoscopy 2015; 81; 31-53.
- Rembacken B, Hassan C, Riemann JF, Chiltoon A, Rutter M, Dumonceau J-M, Omar M, Ponchon T. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal endoscopy (ESGE). Endoscopy 2012, 44, 957-968.
- Corley DA, Jensen CD, Marks AR, Zhao WK, Lee JK, Doubeni CA et al. Adenoma detection rate and risk of colorectal cancer and death. N Engl J med 2014, 370 (14), 1298-1306.
- Gall TMH, Markar SR, Jackson D, Haji A, Faiz O. Mini-probe ultrasonography for the staging of colon cancer: a systematic review and meta-analysis. Colorectal Disease 2013; 16, 01-08.
- DeCeglie A, Hassan C, Mangiavillano B, Matsuda T, Saito Y, Ridola L et al. Endoscopic mucosal resection and endoscopic submucosal dissection for colorectal lesions: A systematic review. Critical Reviews in Oncology/Hematology 2016; 104, 138-155.
- Valori R, Rey JF, Atkin WS, Bretthauer M, Senore C, Hoff G et al; International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition--Quality assurance in endoscopy in colorectal cancer screening and diagnosis. Endoscopy. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE88-105

2018-05-09

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Delprojekt 8. Kirurgi för benigna kolorektala sjukdomar, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna inklusive föreslagen fördelning av diagnosgrupper mellan olika kliniker i bifogad rapport daterad 2018-05-09
2. Att inrätta en arbetsgrupp inom Södra sjukvårdsregionen med ansvar för kompetensutveckling, föreslå arbetsfördelning, utprovandet och införandet av ny teknik och terapi, FoU-frågor, utvärdera evidensbaserade gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen. Arbetsgruppen ska fortlöpande stämma av med RCC Syd.
3. Att med godkännande lägga rapporten om delprojekt 8. Kirurgi för benigna kolorektala sjukdomar, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden till handlingarna
4. Att beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid fjärde mötet år 2019

Bakgrund

Inom ramen för processarbetet avseende patienter med maligna sjukdomar i kolon och rektum utredde lokala patientprocessledare, inom ramen för RCC Syd, vårdprocesserna och beskrev också ett möjligt samarbete, inkluderande att vissa patientgrupper av resurs- och kompetensskäl behandlas på annan klinik än "hemmakliniken". Förslaget fastställdes av RCC Syds styrelse i november 2016 och har föredragits för Södra Regionvårdsnämnden.

Utredningen konstaterade att den maligna kolorektalkirurgin inte kan separeras från den benigna beträffande resurser och operatörer och inkluderade därför en översiktlig genomgång även av den sistnämnda. Den benigna kolorektalkirurgin faller dock inte inom RCC Syds mandat, men med hänsyn till den intima kopplingen har det befunnits angeläget att fördjupa och fullfölja utredningen inom ramen för regionalt samarbete. Delprojektgruppen har beaktat de delar av RCC-rapporten som berör benign kolorektalkirurgi.

Delprojektgruppens uppdrag har inte omfattat tunntarmens benigna sjukdomar. Dessa utgör dock ett fåtal fall och hanteras redan av kolorektalkirurgerna vid de olika klinikerna. Delprojektgruppen har bestått av representanter från samtliga huvudmän i Södra sjukvårdsregionen.

Data om kirurgin på benigna indikationer är osäkra men det går att konstatera att de till antalet är av samma storleksordning men oftare är av enklare karaktär än de av maligna orsaker.

Kösituationen är problematisk vid samtliga sjukhus, förutom i Blekinge där f.n. acceptabel balans råder. Arbetsfördelning mellan klinikerna låter sig i nuläget därför inte göras annat än marginellt och ökar på intet sätt tillgängligheten då ingen enhet har någon ledig kapacitet. Däremot kan omfördelningar av vissa specificerade operationer sannolikt öka kvaliteten för patienterna, men dessa är relativt få till antalet.

Nedanstående tabell sammanfattar delprojektgruppens förslag om var olika diagnosgrupper skall handläggas i Södra sjukvårdsregionen. I tabellen syftar begreppet "nodkliniker" på kliniker som har specialkompetens och tillhörande resurser för en viss diagnos eller åtgärd.

OMRÅDE	SAMTLIGA KLINIKER	NODKLINIKER
IBD	Kolektomi (akut och elektiv)	Bäckenreservoar (SUS Malmö, Karlskrona)
	Ileorektal anastomos	
	Primära och selekterade re-resektioner Mb. Crohn	Re-resektioner Mb. Crohn (SUS Malmö, Karlskrona, Helsingborg)
	Okompl strikturoplastik	Kompl strikturoplastik (SUS Malmö, Karlskrona, ev Helsingborg)
	Okompl ano-rektal Mb. Crohn	Kompl. ano-rektal Mb. Crohn (SUS Malmö BBC)
Divertikulos	Tarmresektion (akut och elektiv)	
Stomier	Rutinop.	Kompl. rekonstr. (SUS Malmö)
Stomi- och ärrbräck	Okompl. fall	Kompl. fall (SUS Malmö)
Proktologi	Hemorroider Fissurer Låga analfistlar Okompl. prolapsop.	Höga analfistlar, kompl. prolapsop., sfinkterrekonstr., avancerade inkontinensop (SUS Malmö BBC, delvis Karlskrona)
Akut	Ileus, ischemi och rutinrekonstr. efter akutop	Kompl. rekonstr. efter akutkir (SUS Malmö)
Trauma	Damage control, rutinrekonstr. efter traumakir.	Avancerad traumasjukvård resp. kompl. rekonstr. efter traumaop. (SUS Malmö)
Barnkirurgi	Akuta rutinop.	Avancerad traumasjukvård (Barnkir Lund) Elektiv tarmkir (Barnkir Lund)

Delprojektgruppen rekommenderar ett omgående inrättande av en permanent arbetsgrupp för kirurgiska kolorektala sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen. Gruppen föreslås bestå av representanter från de sjukhus som handlägger patientgrupperna.

Arbetsgruppen ansvarar för:

- Kompetensutveckling
- Föreslå arbetsfördelning
- Utprovandet och införandet av ny teknik och terapi
- FoU-frågor
- Utarbeta evidensbaserade, gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen

Arbetsgruppens förslag föredras och beslutas i regionala chefssamrådet för verksamhetscheferna för de kirurgiska klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. Arbetsgruppen ska ge en rapport till Södra Regionvårdsnämnden på utvecklingen inom sitt arbetsområde vid fjärde sammanträdet år 2019.

Rita Jedlert
Direktör

Regionalt samarbete

Delprojekt 8. Kirurgi för benigna kolorektala sjukdomar

Bakgrund

Inom ramen för processarbetet avseende patienter med maligna sjukdomar i kolon och rektum utredde LPPL (lokala patientprocessledare) i Södra Sjukvårdsregionen vårdprocesserna och beskrev också ett möjligt samarbete, inkluderande att vissa patientgrupper av resurs- och kompetensskäl behandlas på annan klinik än "hemmakliniken". Förslaget fastställdes av RCC Syds styrelse i november 2016 och har föredragits för Södra Regionvårdsnämnden ("Samarbetsnätverk i en optimerad kolorektalsjukvård" från Regionalt cancercentrum Syd, 2016).

Utredningen konstaterade vidare, att den maligna kolorektalkirurgin inte kan separeras från den benigna beträffande resurser och operatörer och inkluderade därför en översiktlig genomgång även av den sistnämnda. Den benigna kolorektalkirurgin faller dock inte inom RCC Syds mandat, men med hänsyn till den intima kopplingen har det befunnits angeläget att fördjupa och fullfölja utredningen inom ramen för Södra Regionvårdsnämndens projektgrupp. Delprojektgruppen har därvid beaktat de delar av RCC-rapporten som berör benign kolorektalkirurgi.

Delprojektgruppens uppdrag har inte omfattat tunntarmens benigna sjukdomar. Dessa utgör dock ett fåtal fall och hanteras redan av kolorektalkirurgerna vid de olika klinikerna.

Delprojektgruppens sammansättning

Delprojektgruppen har bestått av docent, överläkare Birger Pålsson, SRVN:s projektgrupp, tillika ordförande, överläkare Mikael Andersson, Region Kronoberg, överläkare Mattias Söderholm, Blekingesjukhuset, överläkare Jens Wikström, Kristianstad, med. dr, överläkare Fredrik Jörgren, Helsingborg, docent, överläkare Marie-Louise Lydrup, SUS Malmö och överläkare Daniel Liechtenstein-Nisser, Halmstad. Inbjudan har också skett till Ystad lasarett som enbart har lämnat statistik.

Omfattning

Det egentliga behovet av kolorektal kirurgi på benigna indikationer är okänt och metodologiskt egentligen omöjligt att fastställa, bl.a. beroende på "mörkertal" och relativa indikationer. Den enskilde patienten har ofta bristande kunskap om att hjälp står att få och har lärt sig "leva med" symptomen (t.ex. äldre kvinnor med tarminkontinens efter tidigare förlossningsskador) och diagnosen uppfattas som "skamlig" (gäller flertal anorektala problem, även enklare såsom hemorrojder). Till detta kommer en ojämn kunskap inom sjukvården, kanske främst primärvården, både om tillståndet i sig, vart remittering skall ske och vilken hjälp som kan erbjudas. Likaså torde s.k. undanträngningseffekter (maligna och andra allvarliga diagnoser högprioriteras) och resursbrist inom slutenvården bidra till att patienter underlåter att söka för "banala" besvär, kanske finns också en viss obenägenhet att remittera dem till specialistvården.

Birger Pålsson

Data om kirurgin på benigna indikationer är också behäftad med osäkerhet. I Södra sjukvårdsregionen görs cirka 1100 tarmresektioner på maligna indikationer, medan uppskattningsvis cirka 200 resektioner sker av benigna orsaker (både elektiva och akuta). Till dessa kan adderas cirka 450 ytterligare ingrepp av benigna skäl, ffa. inom proktologin (hemorrojder, analfistlar, anorektala prolaps, fissurer och hudflikar), och i storleksordningen 250 stomirelaterade operationer (akuta, revisioner, nedläggningar). Antalet benignt indicerade operationer skiftar dock betydligt över tid, då merparten av patienterna har relativt låg prioritet och därför får stå tillbaka vid resursbrist. Ett par exempel belyser bristen på tillförlitlig statistik: Kristianstad redovisar 2015 enligt egna uppgifter 24 tarmresektioner p.g.a. divertikulossjukdom medan Vårddatabaserna anger 13 operationer, Helsingborg redovisar 15 ingrepp medan Vårddatabaserna anger 10 fall och SUS Malmö uppger 15 resektioner medan Vårddata baserna redovisar 37 fall. Ffa. stominedläggningarna är svåra att redovisa, då majoriteten är kopplade till tarmresektioner (främst rektum) av maligna orsaker och huvudklassificeras då med maligna diagnoskoder. Andra felkällor är huruvida statistiken baseras på diagnoskoder eller operationskoder samt direkta kodningsfel.

I tabell 1 redovisas översiktligt operationsfrekvenserna för ett antal benigna kolorektala diagnoser.

	2015				2016									
	Dive rtik ulos	Mb Cr oh n	U C	Fis tlar	Hemor rojder	Pro laps	Sto mie r	Divert ikulos	Mb Cr oh n	U C	Fis tlar	Hemor rojder	Pro laps	Sto mie r
SUS Malmö ¹	37		45		50	16	64							
Kristians stad	24		22		87		8	68	25				14	
Helsingb org ²	15	16	0	13	38	4		20	20	3	21	54		
Ystad	11		13	35	89	4	^{3/}	12		13	30	90	1	^{3/}
Halmsta d	8					12		7			15	17	6	36
Kronobe rg	4			7	45	1	37	4			5	49	0	54
Blekinge	17					2		12	35		91		2	64

Tabell 1. Antal operationer för olika benigna kolorektala sjukdomar. Data från resp enhet, kompletterad från Vårddatabaser. ¹SUS Malmö har separat Bäckentcentrum som utför all proktologi utom hemorrojdektomi. År 2016 omfattande brist op-salskapacitet och därför redovisas ej data. ²Inkl Ängelholm där ffa proktologi op. ³Stomiop inkluderade i resp huvuddiagnos. Dock kan alltså konstateras att kirurgi på benigna indikationer är till totalantalet ingrepp av samma storleksordning som de av maligna orsaker. Däremot sker en betydande andel av de benignt motiverade operationerna polikliniskt eller med korta vårdtider på ett par dagar och endast i undantagsfall med behov av intensivvård, dvs. de genererar avsevärt mindre total kirurgisk sjukvård.

Utredning och diagnostik

Majoriteten av patienter med benigna kolorektala sjukdomar kräver ingen avancerad eller omfattande preoperativ utredning. För t.ex. flertalet med proktologiska problem räcker ett mottagningsbesök inkluderande rekto- och proktoskopi. Då röntgenundersökningar av olika slag (främst DT kolon och buk samt MRT) behövs, finns dessa vid varje enhet, medan däremot väntetiderna är skiftande och överlag relativt långa, ffa. för MRT. Koloskopi är likaså centralt i många utredningar men

Birger Pålsson

tillgången är bristande och ingen enhet klarar stipulerade väntetider. En separat delprojektgrupp utreder koloskopifrågan.

Hos ett litet antal selekterade patienter kan däremot specialundersökningar erfordras, såsom anorektalt ultraljud vid bl.a. analfinkterskador, vilket tillhandahålles vid Bäckebottencentrum (BBC) vid SUS Malmö och i mindre omfattning vid ett dito centrum under etablerande i Karlskrona. Södra regionen har däremot inte någon utbyggt anorektalt kliniskt-fysiologiskt laboratorium för mer avancerade mätningar av t.ex. analfinkterfunktioner (tryck, elektrofysiologisk muskelfunktion mm.) och ändtarmsmotorikstörningar. På sikt torde detta erfordras, då patientgruppen ökar, bl.a. till följd av ökad uppmärksamhet kring dessa problem och genom ökad invandring (kvinnor med förlossningsskador från länder med låg sjukvårdsnivå) och bör etableras vid nämnda BBC.

För IBD-patienter krävs gastroenterologkompetens, både för utredning och diagnostik, diskussion kring och selektion av patienter lämpliga för tarmresektion samt fortsatt terapi och uppföljning. Gastroenterologer finns i mer eller mindre omfattning vid samtliga enheter men samarbetsformerna varierar.

Patologkompetens erfordras för främst patienter med IBD och även om vissa brister föreligger täcks behoven för de benigna kolorektala sjukdomarna, även om svarsväntetider på 2-4 veckor är vanliga.

Kirurgiska resurser

Tabell 2 summerar väsentliga kirurgiska resurser, behov i nuläget och problem. Minimalinvasiva operationsmetoder är etablerade på samtliga sjukhus. Frekvensen laparoskopiskt opererade patienter för jämförbara diagnoser skiftar något mellan enheterna beroende på bl.a. olika tillgång till operationssalar, men är i paritet med övriga landet. Andelen robotassisterade operationer skiljer mer, vilket dock är helt rimligt då metoden är relativt ny och evidensmässigt inte är påvisat överlägsen andra tekniker. I Södra sjukvårdsregionen, liksom i övriga landet, har införandet av robotar vare sig skett inom ramen för vetenskapliga studier eller samordnat. De senaste etableringarna har skett i Helsingborg och Blekinge för cirka 2 år sedan och har nu börjat övergå i mer ordinarie driftsfas. I Kristianstad pågår diskussioner om eventuellt anskaffande.

Samverkansformerna med gastroenterologer skiljer mellan enheterna, mest systematiserad i Helsingborg med specifik MDK varannan vecka, medan olika lokala lösningar finns vid de övriga sjukhusen. Något forum för diskussion av komplexa IBD-patienter i södra sjukvårdsregionen finns däremot inte.

SUS Malmö är referensklirik för avancerad IBD-kirurgi, men kan i praktiken inte fullfölja uppgiften annat än för enstaka remitterade patienter p.g.a. uttalade undanträngningseffekter från den maligna kolorektalkirurgin, vilken också inkluderar flera riksuppdrag (analcancer, HIPEC). Från övriga kliniker remitteras därför patienter med komplicerade IBD-tillstånd också till Linköping eller Göteborg (viss tonvikt på patienter med reservoarproblem), mycket baserat på interkollegiala kontakter. Denna remittering är väletablerad, fungerar väl och rör i storleksordningen ett 10-tal patienter årligen.

Birger Pålsson

Beteckningen "dedikerad IBD-kirurg" i tabell 2 anger att det krävs både lång kirurgisk erfarenhet och ett specialintresse för att handlägga mer komplexa IBD-patienter, t.ex. re-resektion av Crohnpatienter och anläggande av bäckenreservoarer. Varje klinik har någon kirurg med erfarenhet, men vi värderar att enbart 3 sjukhus kan sägas ha dedikerade kirurger. I södra regionen rör det sig totalt om 5-6 dedikerade kirurger, vilka samtliga är i 60-årsåldern. Någon planering för nyrekrytering och uppträning finns f.n. inte.

Kösituationen är problematisk vid samtliga sjukhus, förutom i Blekinge där f.n. acceptabel balans råder, om än kortare väntetider är önskvärda. Ingen av de övriga enheterna klarar vårdgarantin, särskilt inte inom proktologin. SUS Malmö utför så få operationer på benign indikation att väntelistan närmast får en fiktiv karaktär då majoriteten av patienter i praktiken inte kan erbjudas åtgärd utan de prioriteras kontinuerligt tillbaka i takt med att nya patienter med mer brådskande indikation tillkommer. Arbetsfördelning mellan klinikerna låter sig i nuläget därför inte göras annat än marginellt och ökar på intet sätt tillgängligheten då ingen enhet har någon ledig kapacitet. Däremot kan omfördelningar av vissa specificerade operationer sannolikt öka kvaliteten för patienterna, men dessa är relativt få till antalet (se nedan).

De främsta orsakerna till kösituationen och de långa väntetiderna är för alla kliniker brist på operationssalskapacitet och vårdplatser, dock med bättre balans i Blekinge, men som istället har en lång koloskopikö (cirka 40 % av patienter prioriterade för undersökning inom 60 dagar blir koloskoperade inom den tidsramen).

Den i tabell 2 redovisade tillgången på operationssalar/vecka skall observeras innefattar samtlig kolorektal kirurgi, alltså även cancerpatienter. När reduktion av operationssalskapaciteten måste ske, vanligen p.g.a. sjuksköterskebrist, drabbas givetvis den benigna kirurgin först. Vi använder beteckningen operationssalskapacitet för att markera att det inte bara är antalet operationssalar/vecka utan den effektiva tillgängligheten (s.k. "knivtid") som är mer relevant mått. Som översiktligt generellt mått kan dock uppskattas att cirka 2 operationssalar/vecka/100 000 invånare är ett minsta riktvärde för rimlig balans avseende operationer för både maligna och benigna tarmsjukdomar.

Flertalet enheter utom Halmstad framhåller också att satsningarna på standardiserade vårdförlopp (SVF) för patienter med kolorektal cancer innebär undanträngningseffekter för dem med benigna tarmsjukdomar. Undanträngningseffekterna är rimligen mer omfattande om även patientgrupper med andra benigna sjukdomar beaktas.

Antalet kirurger med kolorektal inriktning på specialistnivå i Södra sjukvårdsregionen är cirka 37 personer. Dock skall framhållas, att flera av dessa även har uppdrag inom forskning, administration, handledning m.m., och samtliga ingår i dag- och bakjourssystem, varför uppskattningsvis omräknat dessa motsvarar cirka 25 heltidstjänster. Åldersmässigt är 9 av kirurgerna 60 år eller äldre, medan andelen i intervallet 50-60 år är 5-6 personer, dvs. en åldersmässig snedfördelning råder, som kan skapa problem vid stundande pensionsavgångar.

ENTITET	SUS MALM Ö	YSTAD	HELSING BORG ¹	KRISTIA NSTAD	BLEKIN GE ²	KRONO BERG ³	HALMS TAD
Laparoskopisk op	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA
Robotass op	JA	NEJ	JA	NEJ	JA	JA	JA
Dedikerad IBD- kirurg	JA	NEJ	JA	NEJ men stor erfarenhet	JA	NEJ men erfarenhe t	NEJ
Organiserat samarbete med GE	JA	NEJ	MDK v.a.v.	JA	VB	MDK månatlige n	VB
Plan fortsatt kompetetensförsörj n	JA	NEJ	NEJ	JA	JA?	JA?	JA
Remittering när behov	Enst spec- pat andra univ- klin	SUS Malmö	Enst till BBC resp enst IBD- pat Gbg.	Enst till BBC resp enst IBD- pat SUS Malmö	Enst till BBC resp enst IBD-pat till Linköpin g.	Enst till BBC resp enst IBD- pat till Linköping	Enst till BBC resp enst IBD-pat till Gbg.
Kösituation	Vårdga r klaras ej, omfatta nde kö, långa vänteti der	Vårdgar klarar, remissa ntalet fr SUS kan regleras	Vårdgar klarar ej, rel långa väntetider	Ffa lång väntetid proktologi	I stort balans men lång koloskopi kö	Vårdgar klarar ej men ej så omfattan de kö.	Vårdgar klarar ej fullt ut.
Undanträgn av SVF	JA	Trol inte	JA	JA	JA	JA	NEJ
Problem	Op- salska p. Vårdpl.	Inga specifik a	Op- salskap. Vårdpl.	Vpl. Op- salskap.	Kolosko pikap.	Op- salskap. Vårdpl.	Op- och anestesi kap.
Op-salar/vecka (heldag) ⁴		Flexibelt	4,25	3,25		4	3
Antal öl/spec kolorektal profil ⁵	9	5	5	4		6	3
Väntelista benign indik ⁶		Samtl pat inplan	4 – 36 mån			52 pat	29 pat

Tabell 2. Redovisning av centrala funktioner för benign kolorektalkirurgi. ¹ Majoriteten av pol op sker i Ängelholm och i viss mån Landskrona. ² Innefattar även Karlshamn, med stor andel pol op. ³ Kronoberg länsövergripande, inkl både Växjö och Ljungby. ⁴ Inkl malign indikation. ⁵ Utför all kolorektal kir oavsett indikation. ⁶ Kraven för uppsättning på VL varierar.

Väntetider och-listor

Väntetiderna är likaså svåra att redovisa heltäckande, bl.a. för att de är dynamiska då antalet patienter i väntelistorna skiftar varje vecka, omprioriteringar görs kontinuerligt mellan maligna och benigna patienter, tillgången på operationssalar och vårdplatser förändras, kriterierna skiftar när patienter anses klara för uppsättning etc. Uppenbart är dock väntetiderna långa för alla benigna indikationer och överskrider vårdgarantin (mer än 3 månader) vid flertalet enheter, förutom Blekingesjukhuset och länsdelssjukhusen i Ljungby (del av länsövergripande kirurgkliniken i Kronoberg)

Birger Pålsson

respektive Ystad. Väntetider på 6 – 24 månader för oprioriterade fall för ffa. nedläggning av stomier, operation av stomi- och ärrbräck samt hemorrojder är närmast legio. Även vid södra regionens högspecialiserade proktologiska centrum, Bäckebottencentrum i Malmö, är väntetiderna för lågprioriterade patienter upp mot 18 – 24 månader. Men det finns också patienter med benigna kolorektala diagnoser som av medicinska skäl blir högt prioriterade och opererade inom några veckor, t.ex. med svår inflammatorisk tarmsjukdom (IBD).

Specifika diagnosgrupper

Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)

Patienter med Crohns sjukdom löper cirka 30 % risk att behöva genomgå upprepade tarmresektioner respektive anorektala ingrepp. För varje operation ökar komplexiteten; sjukdomens intensitet i sig ökar, mängden adherenser (sammanväxningar) och ärrbildningar ökar i bukhålan och vid resektioner av tunntarmen eftersträvas att bevara så mycket tarm som möjligt för att bevara näringsupptaget. Okomplicerade förstagångsresektioner (ileocekalsektion, tunntarmresektion och kolonresektion eller kolektomi) görs idag vid varje klinik och finns inga skäl att centralisera. Dessa bör i första hand utföras med laparoskopisk teknik. För patienter med komplicerad Crohns sjukdom utgör SUS Malmö referenscentrum för södra regionen.

Patienter med ulcerös kolit kan behöva genomgå kolektomi antingen subakut, cirka 10-15 fall årligen i södra regionen, eller elektivt p.g.a. ökande cancerrisk, uppskattningsvis ett 10-tal patienter årligen. Kolektomi utföres vid varje enhet och skall även så ske i fortsättningen, bl.a. av beredskapsskäl, gärna i ökande frekvens med laparoskopisk metod.

Kolektomerade patienter kan få tarmkontinuiteten återställd antingen genom ileo-rektalanastomos (IRA) eller genom en s.k. bäckenreservoar (en konstgjord ändtarm skapas av tunntarm som ansluts till analkanalen). IRA utföres på samtliga enheter, i storleksordningen 25 patienter per år, medan volymen av bäckenreservoarkirurgi är liten, f.n. 5-6 patienter årligen. Indikationen för bäckenreservoar är dock relativ och efterfrågas företrädesvis av yngre patienter, uppskattningsvis 10-15 patienter per år i Södra sjukvårdsregionen. Redan idag har professionen genomfört en viss centralisering och ingreppet är koncentrerat till i första hand SUS Malmö och Karlskrona. P.g.a. bristande resurser i Malmö görs dock bara enstaka bäckenreservoaroperationer där (3 stycken 2015, ingen 2017), medan Karlskrona utför de som behövs i det egna landstinget (2015 och 2016 2 stycken vardera året).

Endoskopisk kompetens är ett krav för handläggande, främst diagnostik och uppföljning, av IBD-patienter och finns vid varje enhet, om än med vissa resursproblem (avhandlas i ett separat delprojekt). Volymen av endoskopiska dilatationer av kolonförträngningar är inte stor, kanske ett 25-tal patienter, vilka dock ofta behöver upprepade behandlingar och kräver tillgång till akut kirurgisk kompetens om perforation inträffar.

Mer avancerat anorektalt engagemang vid Crohns sjukdom (höga fistlar, recidiverande abscesser etc.) kräver särskild erfarenhet och kompetens. Dessa patienter är relativt få men kräver långa behandlingsperioder, vanligen i samarbete

Birger Pålsson

med gastroenterologer, och operationer i flera seanser. Patientgruppen är redan centraliserad till BBC i Malmö, enstaka remitteras också utanför södra regionen till Göteborg respektive Linköping. När det gäller volymen går det inte att utifrån registerdata skilja mellan enkla och komplicerade ingrepp.

Den samlade regionala kompetensförsörjningen inom avancerad IBD-kirurgi måste således omgående planeras för, som redovisats ovan. Som också har framhållits, krävs samarbete kring handläggningen med gastroenterolog. Skälen är flera, bl.a. att patienterna är relativt få, ofta unga, att den farmakologiska terapin är alltmer komplex och att kirurgi av högsta kvalitet skall erbjudas den enskilde patienten. Man skall också bedriva forskning och utveckling rörande handläggningen av IBD-patienter, utveckla gemensamma riktlinjer (helst på nationell basis) och följa kvalitetsindikatorer.

Proktologi

Operationer av okomplicerad proktologi (hemorrojder, analfissurer, låga analfistlar) bedrivs vid samtliga enheter; vid SUS sker dessa huvudsakligen av Bäckebottencentrum. Behandling av höga analfistlar, svår inkontinens och annan bäckenbottenproblematik som kräver särskilda resurser och kompetens inom ramen för multidisciplinärt omhändertagande är således redan i stor utsträckning centraliserad till SUS Malmö. Till exempel har rekonstruktionsoperationer av analsfinktermuskulatur centraliserats till Malmö och 2015 gjordes 29 dylika ingrepp. Också i fortsättningen skall detta utgöra regionens kompetenscentrum, men då behovet beräknas öka, är det väsentligt att etablerandet av kompetensnoden i Blekinge fullföljes.

Divertikelsjukdom

Akuta och elektiva operationer för divertikelsjukdom utförs vid samtliga enheter. Vid elektiv kirurgi utförs sigmoideumresektion oftast med minimalinvasiv teknik. Reversering av sigmoideostomier efter Hartmanoperationer (vid mer avancerade divertikulitstadier) sker likaså vid samtliga enheter (se tabell 1). Det finns ingenting som talar för att i framtiden koncentrera den kirurgiska behandlingen av divertikelsjukdom till färre enheter. Antalet patienter per klinik är tillräckligt för att upprätthålla god kvalitet, vilken ter sig likvärdig mellan enheterna, och bevarad kompetens krävs för akuta operationer. Dessa patienter kräver ingen långtidsuppföljning och kan därför vara den grupp av stomipatienter (v.g. se detta stycke) som enklast kan omfördelas mellan sjukhusen vid långa väntetider.

Akuta och traumaorsakade operationer

Föreliggande rapport omfattar inte närmare analys av kolorektala operationer pga. akuta orsaker eller trauma. Patientgrupperna skiljer sig radikalt från elektiva patienter i form av andra patofysiologiska förutsättningar, som kräver andra preoperativa förberedelser, ofta med kort framförhållning, annan operationsteknik, t.ex. med temporära stomier, att de har multitraumatiska skador samt en annorlunda postoperativ handläggning, vanligen i nära samarbete med främst intensivvårdsenheter. Detta ställer krav på att enhetens kolorektalkirurger är adekvat tränade och utbildade inom områdena, samtidigt som patientvolymerna per enhet är små. Därför krävs utökat samarbete även inom dessa områden i Södra

Birger Pålsson

sjukvårdsregionen. I regionen är det numera endast ett länsdelssjukhus, Ljungby, som bedriver akutkirurgi dygnet runt, vilket ställer stora krav dels på sjukhusets egen organisation och dels på samarbetet med Växjö, vilket även bör uppmärksammas i det regionala samarbetet.

Barnkirurgi

Rapporten har inte i uppdrag att utreda kolorektal barnkirurgi, men en viss kompetens måste föreligga på varje centralsjukhus även för denna patientkategori. Även om barn ofta observeras på sjukhus pga. bukbesvär föranleder tillstånden sällan operationer. Den helt dominerande akuta operationen är appendektomi. Varje centralsjukhus i södra regionen har kompetens både kirurgiskt och anesthesiologiskt för dessa barn från 2 års ålder, medan i intervallet 1-2 år förhållandena skiftar och under 1 år grundregeln är remiss till Barnkirurgiska kliniken i Lund (främst pga. annorlunda fysiologi, med andra krav på anestesi och i viss mån operationsteknik). Beträffande elektiva kolorektala operationer görs ofta utredningen via centralsjukhusets barnklinik, vid behov i samarbete med kirurgklinik, medan kirurgin sker i Lund. Uppföljningen individualiseras och sker både vid Barnkirurgiska kliniken respektive vid hemsjukhuset.

Ärr- och stomibräck

Dessa entiteter, som alltså är komplikationer till tidigare bukingrepp, handlägges olika vid enheterna. I t.ex. Helsingborg opereras merparten av kolorektalkirurgiska sektionen medan i Växjö de vanligen opereras av övre gastrointestinala kirurger, som har intresse och erfarenhet av dessa ingrepp. I Halmstad utför kolorektalkirurgerna dessa operationer och i ökande omfattning robotassisterat. Delprojektgruppen finner det rimligt att varje enhet organiserar denna kirurgi baserat på lokala förutsättningar, men den illustrerar åter behovet av utökat samarbete i Södra sjukvårdsregionen, t.ex. beträffande indikationer och operationsteknik, genom gemensamma utbildningsmöten och rotationstjänstgöring. De flesta enheterna klarar inte att utföra dessa operationer inom vårdgarantins stipulerade 3 månader, vilket kunde motivera ett ökat samarbete kring väntelistor, även om, som ovan anförts, ingen enhet har nämnvärd ledig kapacitet.

Handläggning av patienter med komplicerade bräck och behov av s.k. bukväggsrekonstruktioner är redan centraliserad till SUS Malmö men utförs där av det s.k. bukväggsteamet och inte av kolorektalsektionen. Denna ordning är välfungerande och finns inga skäl att ändra.

Stomier

Både ileo- och kolostomier är frekventa inom kolorektalkirurgin, vanligen som temporär åtgärd, t.ex. vid akuta tillstånd, men också rutinmässigt vid bl.a. distala rektumresektioner med primär anastomos på malign indikation och också som definitiv terapi i ett mindre antal fall. I statistiken (tabell 1) för stomioperationer är det dock mycket svårt att tydligt utläsa dels indikationen för stomianläggningen då den vanligen är en del av en större operation och vid nedläggningen framgår ofta inte vad den primära stomiorsaken var, t.ex. cancerkirurgi. Dessa patienter behöver kontinuerlig hjälp och tillsyn av stomisjuksköterskor, vilka finns vid alla enheter som bedriver tarmkirurgi, med i stort sett god bemanning.

Birger Pålsson

För patienter med temporär stomi är väntetiderna generellt långa för nedläggning och ingen enhet klarar vårdgarantin. Enstaka patienter remitteras till andra kliniker för stominedläggning, men ofta är det en fördel med kontinuitet och att samma kirurger som har utfört det primära ingreppet också ombesörjer stominedläggningen och att samma stomisjuksköterska förbereder patienten. För de patienter som önskar remittering förutsättes utförlig överrapportering mellan enheterna, vilken givetvis underlättas av likartade rutiner, t.ex. vilka preoperativa undersökningar som skall vara utförda, och god kollegiekänedom.

Kommenterade förslag benign kolorektalkirurgi

Fördelning

Tabell 3 sammanfattar delprojektgruppens förslag om var olika diagnosgrupper skall handläggas i Södra sjukvårdsregionen. Varje diagnos inkluderar hela vårdkedjan, dvs. utredning, åtgärd och uppföljning, men den exakta fördelningen av vårdkedjans olika moment får avgöras specifikt för de olika diagnoserna och också för enskilda patienter i samråd mellan involverade enheter. I tabellen syftar begreppet "nodkliniker" på kliniker som har specialkompetens och tillhörande resurser för en viss diagnos eller åtgärd. "Nodkliniken" samarbetar med regionens referenslinik SUS Malmö på sätt som dessa överenskommer för varje diagnos. Det kan innebära att majoriteten av patienterna handlägges vid "nodkliniken" och SUS Malmö främst bistår med kompetens. Antalet "nodkliniker" kan variera mellan 1 -2 stycken.

OMRÅDE	SAMTLIGA KLINIKER	NODKLINIKER
IBD	Kolektomi (akut och elektiv)	Bäckenreservoar (SUS Malmö, Karlskrona)
	Ileorektal anastomos	
	Primära och selekterade re-resektioner Mb. Crohn	Re-resektioner Mb. Crohn (SUS Malmö, Karlskrona, Helsingborg)
	Okompl strikturoplastik	Kompl strikturoplastik (SUS Malmö, Karlskrona, ev Helsingborg)
	Okompl ano-rektal Mb. Crohn	Kompl. ano-rektal Mb. Crohn (SUS Malmö BBC)
Divertikulos	Tarmresektion (akut och elektiv)	
Stomier	Rutinop.	Kompl. rekonstr. (SUS Malmö)
Stomi- och ärrbräck	Okompl. fall	Kompl. fall (SUS Malmö)
Proktologi	Hemorroider Fissurer Låga analfistlar Okompl. prolapsop.	Höga analfistlar, kompl. prolapsop., sfinkterrekonstr., avancerade inkontinensop (SUS Malmö BBC, delvis Karlskrona)
Akut	Ileus, ischemi och rutinrekonstr. efter akutop	Kompl. rekonstr. efter akutkir (SUS Malmö)
Trauma	Damage control,	Avancerad traumasjukvård

	rutinrekonstr. efter traumakir.	resp. kompl. rekonstr. efter traumaop. (SUS Malmö)
Barnkirurgi	Akuta rutinop.	Avancerad traumasjukvård (Barnkir Lund) Elektiv tarmkir (Barnkir Lund)

Tabell 3. Sammanfattning av förslag var vilka diagnosgrupper skall handläggas.

Permanent arbetsgrupp

Delprojektgruppen rekommenderar ett omgående inrättande av en permanent arbetsgrupp för kirurgiska kolorektala sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen. Gruppen föreslås bestå av en representant för varje klinik (Kronoberg, Blekinge, Kristianstad, Helsingborg, Ystad, Halmstad och Malmö). Uppgifterna är bl.a. att: Ansvara för kompetens genom kontinuerlig fortbildning (regelbundna möten och kurser, randtjänstgöring etc.). Föreslå arbetsfördelning framgent för de berörda patientgrupperna med hänsyn till var kapacitet och kompetens finns för de samlade vårdkedjorna (inklusive diagnostik och uppföljning). Bevaka och initiera utprovandet och införandet av ny teknik och terapi strukturerat och synkroniserat, företrädesvis nodbaserat, dvs. en enhet har koordinatorkfunktion och en-par andra deltar. Ansvara för FoU-frågor (se separat rubrik). Utarbeta evidensbaserade, gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen, helst harmoniserade nationellt. Då den benigna kolorektala kirurgin är integrerad med den maligna dito, är det väsentligt att diagnosgrupperna hanteras gemensamt och lämpligen bör LPPL från varje klinik vara medlemmar i arbetsgruppen.

Arbetsgruppen skall ges ett tydligt mandat och dess medlemmar arbetar på uppdrag av respektive verksamhetschef. Administrativt stöd skall säkras för framtagande av enhetlig statistik och bistå arbetsgruppen i övrigt. Gruppens förslag föredras och beslutas i chefsrådet för verksamhetscheferna för de kirurgiska klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. Om ärenden kräver övergripande beslut i södra regionen ansvarar chefsrådet för att dessa förs vidare till Södra regionvårdsnämnden.

Utbildning

Övergripande ansvarar universitetskliniken för dessa frågor, men i tätt samarbete och synkroniserat med övriga enheter. Via ovan föreslagna permanenta arbetsgrupp koordineras dessa frågor. Gemensamt definieras hur specialisering till kolorektalkirurg skall ske (har i viss mån påbörjats via bl.a. kursverksamhet i SUS regi) och vilka kriterier och kvalitetskrav som skall uppfyllas (avser både teoretisk utbildning och praktisk träning, inklusive riktvärden för uppnått antal operationer etc.). Nationell samsyn skall givetvis eftersträvas och utbyte ske kontinuerligt mellan sjukvårdsregionerna (gemensamma kurser och konferenser, rotationstjänstgöring, studiebesök etc.) respektive via Svensk kolorektalkirurgisk förening.

Redan förekommer i begränsad omfattning rotation mellan enheterna av kirurger. Dock är denna sporadisk och inte systematisk samt baseras på enskilda initiativ. Några formella krav på dylik rotation finns inte. Målet bör vara att varje kirurg har en individuell utbildningsplan i vilken ingår åtminstone totalt 3 månaders tjänstgöring vid en eller flera andra enheter. Efter uppnådd subspecialisering skall fortsatta möjligheter till rotationstjänstgöring erbjudas. Denna kan också vara del av ett utbyte inom regionen, där en enskild kirurg med särskild kompetens bistår vid operation på

Birger Pålsson

en annan enhet respektive att utredande och ansvarig kirurg "följer sin patient" och deltar i operationen av densamma om remittering har skett till annan enhet. Ovannämnda arbetsgrupp kan lämpligen synkronisera dessa planer.

Motsvarande möjlighet bör också införas för främst operationssjuksköterskor, men också t.ex. för stomisjuksköterskor och specialistsjuksköterskor på kolorektala vårdavdelningar.

Personalrelaterade frågor om reseersättning, resor på arbetstid, lönesättning etc. måste harmonieras i Södra sjukvårdsregionen och är föremål för en särskild utredning.

FoU

Forskningsprojekt kan och skall initieras och bedrivs vid varje enhet, så långt applicerbart i samarbete med övriga enheter och SUS, bl.a. för att snabbare nå tillräckliga volymer och sprida metodkunskap. Det kan vara lämpligt att på sikt skapa en särskild FoU-grupp för Södra sjukvårdsregionen inom området. Nationella och internationella kliniska multicenterstudier skall särskilt lyftas fram, då samtliga enheter har ett lågt deltagande i dylika. En förutsättning är att varje huvudman avsätter mer administrativa resurser för att bistå med dokumentation, rapportering osv. inom studiernas ram. Ett ökat samarbete med organisationen Kliniska studier i Sverige och dess södra nod, Forum Söder (Lund) skall etableras, för att dra nytta av deras specialkompetens och infrastruktur inom kliniska prövningar.

IT-system för kontinuerlig statistik

Det saknas ett enkelt, övergripande IT-system för att momentant ta del av samlad statistik för de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen vad gäller väntelistor, vårdplatsläge, op-salskapacitet etc. Genom ett dylikt underlättas samarbetet väsentligt och patienter som så önskar kan erbjudas vård vid annan enhet, vilket befrämjar en jämlik vård i regionen. Det är väsentligt att systemet redovisar statistik enhetligt och enligt gemensamma definitioner. IT-stödets parametrar skall definieras av den permanenta arbetsgruppen så att de blir adekvata och användbara. Personal som administrerar systemet måste tillsättas av huvdmännen.

Traumaomhändertagande

Traumapatienter omhändertas vid samtliga kliniker och måste enligt vår mening fortsätta att göras så. Som framhållits ställer traumavård stora krav på generella kunskaper inom traumatisk patofysiologi och en väl uppbyggd och tränad multidisciplinär organisation. Antalet patienter med avancerade traumatiska tarmskador är därtill få. Delprojektgruppen understryker därför vikten av en harmoniserad och välstrukturerad traumasjukvård i hela Södra sjukvårdsregionen, där kolorektalkirurger kontinuerligt tränas i praktisk traumakirurgi, lämpligen via det traumacentrum som är under uppbyggnad vid SUS Lund. Redan finns vid varje sjukhus traumakommittéer, med ansvar för den lokala koordinationen och utbildningen, med vilka ovan föreslagna arbetsgrupp skall etablera samarbete.

IBD-kirurgi

Kompetens för diagnostik och operation av "basal" IBD-kirurgi (kolektomi vid ulcerös kolit, primärresektion och handläggning av låga anala fistlar vid Morbus Crohn) finns

Birger Pålsson

vid varje enhet och bör fortsätta på nuvarande sätt. Däremot bör reresektioner vid Morbus Crohn koncentreras till Helsingborg, Karlskrona och SUS. Likaså bör andra patienter med komplicerade IBD-sjukdomar diskuteras med dessa enheter. Någon systematiserad rikssjukvård har inte skapats för IBD-kirurgin och nationellt remitterande sker viapersonliga kontakter, men är välfungerande och omfattar mycket selekterade patienter, varför vi inte ser anledning att förändra denna pragmatiska organisation.

En viktig uppgift är att aktivt och systematiskt bibehålla grundkompetensen vid samtliga enheter samt att säkra "spetskompetensen" vid de tre nodklinikerna, där de sistnämndas operatörer samtliga är kring 60 år. Varje enhet måste därför redovisa en plan för hur detta skall garanteras, vilken synkroniseras i ovannämnda arbetsgrupp.

En specialindikation är anläggandet av s.k. bäckenreservoar. Då indikationen är relativ, kan behovet i Södra sjukvårdsregionen diskuteras, men i storleksordningen 10-15 bäckenreservoarer om året kan vara rimlig omfattning. Delprojektgruppen föreslår således att framgent operationer för bäckenreservoarer koncentreras till SUS Malmö (under förutsättning att nuvarande resursbrist åtgärdas och att skyndsamt uppträning av fler operatörer sker) samt till Karlskrona (sistnämnda är förankrat hos landstinget Blekinge), kopplat med ett FoU-ansvar. Långsiktig uppföljning av de opererade patienterna kan däremot ske vid hemortsklinikerna.

Barnkirurgi

Som refererats finns en välfungerande basorganisation för tarmkirurgi på barn, där huvudparten utföres vid Barnkirurgiska kliniken SUS Lund. Delprojektgruppen vill understryka att denna förutsätter ett utbyte, t.ex. genom randtjänstgöring, vid Barnkirurgiska kliniken, vilken bör struktureras av arbetsgruppen. Det finns också skäl att mer strukturerat definiera kontaktvägar mellan olika specialiteters kollegor (t.ex. barn gastroenterologer och kirurger).

Multidisciplinära terapikonferenser (MDK) regionalt

En ökad arbetsfördelning förutsätter mer kommunikation kring enskilda patienter mellan regionens kliniker, i alla avseenden (utredning och diagnostik, terapival och operationer, uppföljning etc.) och mellan berörda discipliner (främst kirurgi, gastroenterologi, bilddiagnostik och patologi). Som har framhållits, rör det sig ofta om relativt få patienter som handlägges vid varje klinik, varför regionens samlade kompetens och erfarenhet är essentiell för att varje enskild patient skall kunna erbjudas bästa möjliga evidensbaserade vård och de samlade resurserna tillvaratas optimalt. Idag sker dylika kontakter improviserat och baserat på den enskilde läkarens kontaktnät. Delprojektgruppen rekommenderar därför starkt att regionala MDK för patienter med benigna kolorektala sjukdomar skyndsamt införes och att resurser både IT-mässigt och tidsmässigt för berörda discipliner avsättes. MDK bör koordineras av universitetskliniken, dvs. SUS Malmö.

Resurser och prioritering

Vid samtliga enheter, utom Blekingesjukhuset, är tveklöst bristen på operationssalskapacitet och skiftande tillgång på vårdplatser de främsta orsakerna till långa väntetider. Detta medför att möjligheterna att minska de omfattande

Birger Pålsson

patientköerna med en utvidgad arbetsfördelning i Södra sjukvårdsregionen är minimala, eftersom inget sjukhus har någon ledig kapacitet utan tvärtom för få resurser. Särskilt problematiskt är detta vid SUS Malmö, som i egenskap av universitetsklinik har att utföra specialkirurgi inom både maligna och benigna diagnoser för hela Södra sjukvårdsregionen och även inom vissa områden nationellt, men samtidigt har ålagts ett centralsjukhusuppdrag utan erforderliga resurser. I praktiken har detta lett till att SUS Malmö endast i minimal omfattning kan operera patienter med lägre prioriterade benigna diagnoser.

Det samlade problemet blir ännu påtagligare om även andra opererande discipliners kösituation beaktas, främst ortopediklinikerna. Det är uppenbart för delprojektgruppen att det i mycket ringa grad sker en s.k. horisontell prioritering mellan samtliga opererande kliniker på och mellan de enskilda sjukhusen. Även om så skedde, finns det ringa hållpunkter för att en dylik löser de totala köproblemen, då det totala patientantalet är oförändrat. Däremot skulle en "horisontell" prioritering generellt ge ett mer optimalt medicinskt, etiskt (bättre prioritering) och juridiskt (jämlig vård) omhändertagande med ett något bättre totalt resursutnyttjande. Ytterst är detta dock en sjukvårdspolitisk fråga för varje huvudman och i samarbetet i Södra sjukvårdsregionen.

Ekonomi

Det har legat utan delprojektgruppens resurser att utföra ekonomiska beräkningar av ovanstående förslag, men några aspekter skall framhållas. Som torde framgå, är det synnerligen svårt att isolerat göra ekonomiska kalkyler för en viss patientgrupp då vårdkedjorna hänger samman och utförs av samma personal. Som har påtalats finns i ringa eller ingen grad heller någon möjlighet att omfördela patientgrupper mellan enheterna, då samtliga har resursbrist. Det skall också starkt understrykas, att samtliga kliniker är centralsjukhus och också en universitetsklinik, med det yttersta ansvaret för akutverksamheten i respektive upptagningsområde, vilken kräver en hög beredskap och bibehållen bred kompetens, vilket förutsätter en dito bred elektiv verksamhet. Det skall också beaktas, att omfördelning av patienter i grunden är ett "nollsummespel", då antalet patienter förblir detsamma. Dock vill delprojektgruppen understryka, att ett ökat inslag av hälsoekonomiska analyser bör ingå vid införandet av ny diagnostik och terapi.

Etik

Delprojektgruppens bedömning är att de föreslagna åtgärderna inte bara är etiskt försvarbara utan bidrar till ökad kvalitet och mer jämlig vård i Södra sjukvårdsregionen.

Tidplan

Flertalet av ovannämnda förslag bör kunna implementeras till utgången av 2019.

2018-05-09

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Delprojekt 9. Benigna kirurgiska sjukdomar i esofagus-ventrikel, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att rekommendera huvudmännen i Södra sjukvårdsregionen att stödja intentionerna inklusive föreslagen fördelning av diagnosgrupper mellan olika kliniker i bifogad rapport daterad 2018-05-08
2. Att med godkännande lägga rapporten om delprojekt 9. Benigna kirurgiska sjukdomar i esofagus-ventrikel, regionalt samarbete, Södra Regionvårdsnämnden till handlingarna
3. Att inrätta en arbetsgrupp inom Södra sjukvårdsregionen med ansvar för kompetensutveckling, föreslå arbetsfördelning, utprovandet och införandet av ny teknik och terapi, FoU-frågor, utvärdera evidensbaserade gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen samt kontakt knyts med regionala programområdesgruppen för mag- tarmsjukdomar. Arbetsgruppen ska fortlöpa stämma av med RCC Syd.
4. Att beslutet följs upp och rapporteras till Södra Regionvårdsnämnden vid fjärde mötet år 2019

Bakgrund

Till delprojektgruppen har samtliga huvudmän inbjudits att delta med representanter från de sjukhus som handlägger patientgrupperna.

Benigna sjukdomar i esofagus och ventrikel, både elektiva och akuta, som kräver kirurgiska åtgärder uppvisar var för sig låg incidens men kräver vanligen omfattande diagnostik med flera kliniker involverade och hög operativ kompetens.

Generellt är antalet patienter med kirurgikrävande diagnoser inom esofagus och ventrikel och inom övre gastrointestinalområdet (gi) relativt stabilt, även om en stor ökning har skett av volymen obesitasoperationer de senaste 20 åren, men där de senaste åren en stabilisering synes ha skett.

Vid samtliga kliniker råder brist på operationssalskapacitet, oavsett typ av kirurgi, främst beroende på omfattande sjuksköterskevakanser, och av samma skäl också vårdplatsbrist. Dock är Landstinget Blekinge i relativt god balans och klarar sina egna behov samt har f.n. en liten ledig kapacitet inom övre gi-kirurgin.

Generellt löser inte arbetsfördelning inom södra regionen av operationerna inom esofagus-ventrikelområdet och annan övre gi-kirurgi svårigheterna att hålla vårdgarantitider hos huvudmännen, dels för att ingreppen (utom för gallsten och obesitas) är förhållandevis få, dels för att klinikerna (förutom Blekinge) inte har någon ledig kapacitet.

Obesitasoperationer i Region Skåne görs i nuläget i stor utsträckning i upphandlad privat regi, men preoperativ utredning liksom sena komplikationer sköts av den offentliga vården. Vi bedömer inte denna uppdelning optimal eller långsiktigt hållbar.

För att bibehålla och utveckla övre gi-kompetens krävs tillräckliga patientvolymen för att upprätthålla vårdkedjornas olika komponenter. Därför har gruppen även inkluderat obesitaskirurgi och gallkirurgi i sitt underlag, även om dessa primärt inte ingick i uppdraget.

Nedanstående tabell sammanfattar delprojektgruppens förslag om var olika diagnosgrupper skall handläggas i Södra sjukvårdsregionen. I tabellen syftar begreppet "specialiserade kliniker" på kliniker som har specialkompetens och tillhörande resurser för en viss diagnos eller åtgärd.

OPERATION/ÅTGÄRD	SAMTLIGA KLINIKER	SPECIALISERADE KLINIKER
Galloperation	Ja	Specialfall SUS Lund HPB-sekt
ERCP	Ja	Spyglass Växjö och SUS Lund
Antirefluxoperationer	Nej	Blekinge. Specialfall SUS Lund.
Achalasi	Okomplicerade	SUS Lund (bl.a. POEM)
Intrathorakal ventrikel	Okomplicerade	Blekinge. SUS Lund (avancerade).
Dilatation/stentläggning esofagus	Ja	Specialfall SUS Lund. Dysfagicentrum?
Rekonstruktionsop post-GBP ¹	Nej	Växjö. Helsingborg.
Splenektomi	Ja	Nej
Obesitasop (GBP/Sleeve) ²	Ja	Nej
Operation "massiv obesitas"	Nej	Helsingborg.

Tabell 3. Föreslagna arbetsfördelning specificerade diagnoser mellan klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. ¹GBP = Gastric by-pass. ²Fördelning av obesitaspat från Region Skåne, v.g. se detta avsnitt.

Delprojektgruppen rekommenderar ett omgående inrättande av en permanent arbetsgrupp för kirurgiska kolorektala sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen. Gruppen föreslås bestå av representanter från de sjukhus som handlägger patientgrupperna.

Arbetsgruppen ansvarar för:

- Kompetensutveckling
- Föreslå arbetsfördelning
- Utprovandet och införandet av ny teknik och terapi
- FoU-frågor
- Utarbeta evidensbaserade, gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen
- Kontakt knyts med regionala programområdesgruppen för mage-tarmsjukdomar.

Arbetsgruppens förslag föredras och beslutas i regionala chefsrådet för verksamhetscheferna för de kirurgiska klinikerna i Södra sjukvårdsregionen.

2018-05-09

Arbetsgruppen ska ge en rapport till Södra Regionvårdsnämnden på utvecklingen inom sitt arbetsområde vid fjärde sammanträdet år 2019.

Rita Jedlert
Direktör

Regionalt samarbete

Delprojekt 9. Benigna kirurgiska sjukdomar i esofagus-ventrikel

BAKGRUND

Benigna sjukdomar i esofagus och ventrikel, både elektiva och akuta, som kräver kirurgiska åtgärder uppvisar var för sig låg incidens men kräver vanligen omfattande diagnostik med flera kliniker involverade och hög operativ kompetens. Den samlade omfattningen i Södra sjukvårdsregionen har inte varit helt klarlagd, inte heller hur enskilda huvudmän och kliniker fortsatt planerar för dessa patienter. Problem föreligger också avseende kompetensförsörjningen för flera personalkategorier inom olika discipliner (läkare, sjuksköterskor och BMA inom bl.a. kirurgi inklusive operation och bild- och funktionsdiagnostik).

Mot denna bakgrund befanns sjukdomsgruppen motiverad att närmare utreda som ett delprojekt inom ramen för Södra sjukvårdsregionens projektgrupp (v.g. se bilaga 1).

DELPROJEKTGRUPP

Samtliga huvudmän har inbjudits att delta med representanter från de sjukhus som handlägger patientgrupperna. Delprojektgrupp har utgjorts av för övergripande projektgruppen och tillika utsedd till ordförande - doc, öl Birger Pålsson, Region Kronoberg – öl Richard Johansson, Landstinget Blekinge – öl och VC Linus Axelsson efterträdd av öl Nicole von Zedlitz, Förvaltning Kryh, Skåne – med. dr., öl Thordur Bjarnason, SUS Lund – doc, öl Jan Johansson samt Region Halland – doc, öl Claes Hjalmarsson, efterträdd av öl Jonas Karlberg men ingen av dessa har deltagit i mötena utan enbart avgett enstaka mailkommentarer, och patientrepresentant, förre VD Didrik von Porat. Förvaltning Sund, Skåne har via VC Jörgen Wenner avböjt deltagande då man inte längre opererar patientgruppen men har deltagit i diskussioner kring obesitaskirurgi per tel och mail.

PATIENTVOLYMER

Generellt är antalet patienter med kirurgikrävande diagnoser inom esofagus och ventrikel och inom övre gastrointestinalområdet generellt relativt stabilt, även om en stor ökning har skett av volymen obesitasoperationer de senaste 20 åren, men där de senaste åren en stabilisering synes ha skett. För just obesitasopererade verkar dock en långsam och konsekvent ökning ske av gruppen med långsiktiga komplikationer (kroniska buksmärtor och nutritionsproblem), i storleksordningen 3-5 %, vilka, förutom ganska omfattande sjukvårdsstöd generellt, i selekterade fall behöver relativt komplicerade rekonstruktiva operationer med återställande av anatomin.

För gruppen övre gi-patienter som helhet gäller att de vanligen kräver ganska omfattande utredningskapacitet, främst gastrokopier, men att endast en minoritet behöver opereras, undantaget patienter med gallbesvär och obesitas. Det exakta operationsbehovet är därmed svåruppskattat, då indikationerna ofta är relativa (t.ex. antirefluxoperationer, där majoriteten av patienterna klarar sig med farmakologisk

Birger Pålsson

terapi och livsstilsråd), och ett mindre mörkertal torde föreligga med patienter som inte söker hjälp och därmed inte blir utredda.

Tabell 1 redovisar antal åtgärder för olika diagnoser inom övre gi-området som fordrar operation eller andra kirurgiska åtgärder av specialiserade kirurger, rapporterade av respektive klinik. Samtliga har framhållit problemet att få fram tillförlitlig statistik, bl.a. beroende på olika kodningsprinciper och diskrepans mellan olika register. Rapporterade data ger dock en god uppfattning om storleksordningarna och representativa diagnoser.

OP/ÅTGÄRD/ÅR	KRISTIANSTAD (1501-1712)	BLEKINGE ¹ (1301-1612)	KRONOBERG ² (1301-1612)	SUS ³ (1402-1802)
Achalasi	3		1	5
Intrathorakal ventrikel	9,5	5,5	1,2	15,4
Reflux	1	7,5	6,2	10
Rekonstruktion post-GBP	2		10	5 ⁴
Dilat esofagus	16	26		178 ⁵
Stent esofagus	11	18		
Splenektomi	3	2	5	Op ej
GBP/Sleeve	Op ej		80	Op ej
Gallop	234		250	Op ej
ERCP	224		210	Utför ej

Tabell 1. Antal åtgärder inom övre GI-sfären per år (medeltal enligt perioder inom parentes) och enhet. ¹Blekingesjukhuset bedriver polikliniska operationer och viss diagnostik även i Karlshamn. ²Kronoberg avser både Växjö och Ljungby, där sistnämnda f.f.a. op gallpat, obesitaspat samt gastroskoperar ³SUS Lund har renodlad esofagus-ventrikelsektion medan gallkir, ERCP och splenektomier sker via separat HPB-sektion ⁴Avser komplexa reop, bl.a. fistelbildningar ⁵Stor andel achalasi dilatationer med specialballong

KIRURGISKA RESURSER

I tabell 2 anges antal kirurger med övre gastrointestinal profil (för SUS Lund enbart de som handlägger patienter med sjukdomar i esofagus-ventrikel) vid varje klinik samt tillgång till operationssalar. Det skall understrykas att samma kirurger opererar både patienter med maligna och benigna sjukdomar inom samma operationssalsutrymme. Däremot görs galloperationer av fler kirurger än dem i tabell 2 och ofta av ST-läkare i senare fas av sin utbildning. Tildelad operationssalskapacitet avser totalantalet operationssalar disponibla en hel dag (således är 3 salar under 1 dag samma som 1 sal under 3 dagar).

Antalet övre gi-kirurger idag är i underkant i relation till det samlade uppdraget, inkluderande utredningar och uppföljningar, och när operationssalstillgången åter når stipulerade nivåer torde en viss brist uppstå. Varje enhet skulle för optimal bemanning behöva 1-2 specialister/överläkare ytterligare. Åldersfördelning är däremot relativt gynnsam och inga betydande pensionsavgångar sker de närmaste åren.

KIRURGER	CSK	BLEKINGE	KRONOBERG	SUS ¹
----------	-----	----------	-----------	------------------

Adress	Besöksadress	Telefon, vxd	Telefax	E-post
221 85 LUND	Byggmästaregatan 5	046-17 10 00		
		2(10)		

Birger Pålsson

Överläkare	2	2	4	4
Specialister	1	2	1	2
Op-salsdagar/vecka	3	3	6	4

Tabell 2. Antal kirurger med övre GI-kompetens per enhet samt op-salstillgång. SUS Lund avser enbart kirurger inriktade på esofagus-ventrikelpatienter

Vid samtliga kliniker råder generell brist på operationssalskapacitet, oavsett typ av kirurgi, främst beroende på omfattande sjuksköterskevakanser, och av samma skäl också vårdplatsbrist. Dock är Landstinget Blekinge i relativt god balans och klarar sina egna behov samt har f.n. en liten ledig kapacitet inom övre gi-kirurgin på grund av att för två år sedan kirurgin på malign indikation centraliserades till SUS Lund.

Generellt löser inte arbetsfördelning inom södra regionen av operationerna inom esofagus-ventrikelområdet och annan övre gi-kirurgi svårigheterna att hålla vårdgarantitider hos huvudmännen, dels för att ingreppen (utom för gallsten och obesitas) är förhållandevis få (se tabell 1), dels för att klinikerna (förutom Blekinge) inte har någon ledig kapacitet. Det skall också understrykas att varje enhet dels prioriterar mellan de olika patientgrupperna med benigna övre gi-sjukdomar och dels mot patienter med cancersjukdomar oavsett organ. Däremot kan en viss selektiv arbetsfördelning ge kvalitetsvinster, främst då diagnosgrupperna har få patienter och operationerna är sällan förekommande. Även en viss köutjämning med kortare, men fortfarande för långa, väntetider kan potentiellt ske (se nedan).

Delprojektgruppen vill understryka att inga privata vårdgivare med helhetsansvar finns inom övre gi-sektorn i Södra sjukvårdsregionen. Obesitasoperationer i Region Skåne görs dock i nuläget i stor utsträckning i upphandlad privat regi, men preoperativ utredning liksom sena komplikationer sköts av den offentliga vården. Vi bedömer inte denna uppdelning optimal eller långsiktigt hållbar enligt resonemang nedan. I Regin Skåne utförs också en betydande andel rutingastroskopier i privat regi, men den samlade endoskopisituationen i Södra sjukvårdsregionen är föremål för en särskild utredning via SRVN:s projektgrupp och avhandlas därför inte här.

Någon prioritering av patienter mellan huvudmännen sker ju inte, då varje landsting endast har juridiskt ansvar för sina medborgare. Dock borde det vara möjligt att efter sjukvårdspolitiska beslut i södra regionen införa en gemensam avidentifierad väntelista baserad på antal patienter, diagnos och planerat ingrepp, vilken skulle ge möjligheter att bistå varandra mellan sjukhusen på ett enklare sätt och därmed öka möjligheterna för jämlik vård.

Diagnostiska resurser

För samtliga diagnoser inom esofagus och ventrikel krävs endoskopisk diagnostik. Tillgången på gastroskopi är relativt god, även om lågprioriterade patienter väntar längre än vårdgarantins 3 månader, inte ovanligt upp till 6-9 månader. Överlag är också kvaliteten på de endoskopiska undersökningarna god, även om en standardiserad utbildning och fortbildning saknas, vilket är fallet även nationellt. Ett dilemma är dock att merparten av gastroskopierna utföres av kirurger och därmed tar en betydande andel av deras tid, vilket kan ifrågasättas. Det bör diskuteras om inte fler rutingastroskopier skall utföras av, dels gastroenterologer (som det dock

Birger Pålsson

råder viss brist på) och dels endoskopiutbildade sjuksköterskor (som det också råder brist på).

För vissa diagnosgrupper krävs mer omfattande utredning, främst med bilddiagnostik i form av DT (datortomografi) och MRT (magnetresonanstomografi), t.ex. vid intrathorakalt belägen ventrikel och hos patienter med kroniska bukbesvär efter obesitasoperationer. Generellt finns vid samtliga sjukhus tillräcklig röntgenkompetens men med skiftande väntetider, upp till flera månader, främst avseende MRT, vilket huvudsakligen betingas av sjuksköterskebrist. Mer riktad diagnostik med klinisk-fysiologiska metoder, främst med 24-timmars pH- och tryckmätning, krävs vid utredning av företrädesvis patienter inför eventuell antirefluxoperation och ofta vid achalasi. Dylig teknik erbjudes idag inte i Kronoberg, som repellerar på Blekinge.

KOMMENTERADE FÖRSLAG

Säkerställ kompetens inom övre gastrointestinal kirurgi vid varje centralsjukhus.

Delprojektgruppens bestämda utgångspunkt är att patientgrupperna även fortsatt skall kunna handläggas hos varje huvudman. Detta förutsätter både ett bibehållande och utvecklande av verksamheten för långsiktig stabilitet. Flera av tillstånden har relativt diffusa symptombilder, vilka kräver tidig kontakt med specialistvård (företrädesvis kirurgi men även gastroenterologi och ÖNH), omfattande diagnostik (endoskopi, röntgen och klinisk fysiologi), relativt specialiserade operationer i selekterade fall och/eller upprepade terapier av annat slag (t.ex. endoskopiska dilatationer) samt för vissa diagnoser långvarig uppföljning. För många av patienterna är därför närhetsprincipen väsentlig (geografiskt nära tillgång till kompetent sjukhus) för att undvika många resor, vidmakthålla en god livskvalitet och kontinuitet i vårdkontaktarna samt för att uppfylla lagstadgade kravet på jämlik vård. I de fall där ytterligare specialkompetens krävs har sedan länge en viss fördelning skett inom professionen i södra regionen och denna är i stort välfungerande men kan genom dialog och överenskommelser inom professionen utvidgas och utvecklas.

Permanent arbetsgrupp ÖGI-kirurgi Södra sjukvårdsregionen.

Delprojektgruppen rekommenderar ett omgående inrättande av en permanent arbetsgrupp för kirurgiska övre gastrointestinala sjukdomar i Södra sjukvårdsregionen. Vi vill starkt betona detta behov för långsiktighet och förankring inom professionen. Gruppen föreslås bestå av en representant för varje klinik (Kronoberg, Blekinge, Kristianstad, Helsingborg, Ystad, Halmstad och Lund). Uppgifterna är bl.a. att: Ansvara för kompetens genom kontinuerlig fortbildning (regelbundna möten och kurser, randtjänstgöring etc.). Föreslå arbetsfördelning framgent för de berörda patientgrupperna med hänsyn till var kapacitet och kompetens finns för de samlade vårdkedjorna (även diagnostik och uppföljning). Bevaka och initiera utprovandet och införandet av ny teknik och terapi strukturerat och synkroniserat, företrädesvis nodbaserat, dvs. en enhet har koordinatorkompetens och en-par andra deltar. Övergripande ansvara för FoU-frågor (se separat rubrik). Utarbeta evidensbaserade, gemensamma riktlinjer för Södra sjukvårdsregionen, helst harmoniserade nationellt.

Birger Pålsson

Då den benigna övre gi- kirurgin är integrerad med den maligna dito, är det väsentligt att patientgrupperna hanteras gemensamt och lämpligen bör LPPL (lokala patientprocessledare för maligna diagnoser) från varje klinik vara medlemmar i arbetsgruppen. Arbetsgruppen skall också knyta kontakter med den regionala programområdesgruppen för mag-tarmsjukdomar inom det nyligen initierade nationella programområdesuppdraget från Sveriges kommuner och landsting.

Arbetsgruppen skall ges ett tydligt mandat och dess medlemmar arbeta på uppdrag av respektive verksamhetschef. Gruppens förslag föredras och beslutas i chefsrådet för verksamhetscheferna för de kirurgiska klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. I de fall övergripande sjukvårdspolitiska beslut erfordras, för chefsrådet dessa ärenden vidare till SRVN. Med denna väldefinierade handläggnings- och beslutsgång, uppfattar vi att ett rationellt och väl förankrat samarbetsforum skapas i Södra sjukvårdsregionen.

Tillräckliga patientvolym, obesitasoperationer och gallkirurgi inkluderas.

För att bibehålla och utveckla övre gi-kompetens krävs tillräckliga patientvolym för att upprätthålla vårdkedjornas olika komponenter. Därför har gruppen även inkluderat obesitaskirurgi och gallkirurgi i sitt underlag, även om dessa primärt inte ingick i uppdraget. Handläggning i offentlig regi av patienter med dessa diagnoser erbjuder ett stabilt underlag över tid för att kontinuerligt bedriva diagnostik och övre gi-kirurgi vid ett centralsjukhus (vid SUS har ytterligare uppdelning skett så att två sektioner är berörda samt en privat vårdgivare avseende obesitasoperationer). Därmed säkerställs också underlag för utbildning av blivande specialister i kirurgi på ST-nivå och subspecialister inom både diagnostik, operationsteknik (inte minst minimalinvasiv teknik) och uppföljning inom övre gi-området. Även för utbildning av operationspersonal och specialistsjuksköterskor på specialiserade vårdavdelningar är patientgruppen väsentlig. F.f.a. obesitaspatienter lider också ofta av allvarliga interkurrenta sjukdomar (diabetes, hjärt-kärlsjukdomar), vilka kräver tillgång till kvalificerad kompetens inom anestesiområdet och intensivvårdsmöjligheter. Därmed säkerställs dylik kompetens även för andra men lågfrekventa patientgrupper med komplicerade anestesibehov.

Delprojektgruppen föreslår således specifikt för obesitaspatienter från Region Skåne ett övertagande i offentlig regi av skäl ovan. Skånes behov uppskattas till 400 – 450 patienter årligen, vilka vi föreslår fördelas enligt följande: Helsingborg/Landskrona och Kristianstad samarbetar om totalt 250 – 300 patienter, Varberg 50 patienter, Kronoberg 100 patienter och Blekinge 50 patienter. Huvudmännen utanför Region Skåne handlägger som tidigare sina egna obesitaspatienter. Detta system gynnar dessutom samarbetet mellan huvudmännen och de ansvariga sjukhusen.

SUS Lund specialåtaganden.

SUS Lund är riksklinik för patienter med esofagustumörer och med komplicerade benigna esofagussjukdomar. Vidare är Barnkirurgen SUS riksklinik för bl.a. barn med esofagusatresi och andra missbildningar inom esofagusområdet, vid vilka operationer man samarbetar med vuxenkirurgerna. Därav följer att SUS Lund måste säkerställa den långsiktiga kompetensen inom dessa områden i vid bemärkelse (förutom kirurgiskt kunnande också diagnostik, anestesi och intensivvård) och ha ett tillräckligt patientunderlag generellt inom esofagus-ventrikelfältet, dvs. samtliga

Birger Pålsson

"enkla" fall kan inte omfördelas till andra sjukhus. Exakt vilken patientvolym som krävs varierar över tid och kan inte definieras statistiskt, utan får ske i ett kontinuerligt samarbete med centralsjukhusen via den permanenta arbetsgruppen. Mot denna bakgrund har SUS Lund infört en specifik bakjournslinje inom esofagus-ventrikelsektionen, vars långsiktighet är väsentlig även för utvecklingen inom övre gi-området i Södra sjukvårdsregionen.

Forskning och utveckling

Förutom att ovanstående permanenta arbetsgrupp har ett övergripande ansvar för FoU-frågor, rekommenderar vi att SUS i egenskap av universitetsklinik har ett praktiskt och akademiskt samordningsansvar. Dock är FoU ett gemensamt åtagande för samtliga huvudmän och skall bedrivas vid samtliga centralsjukhus, såsom deltagande i läkemedelsprövningar och andra kliniska studier, kontinuerlig registerforskning och kvalitetsutvärdering etc. Teknikutprovning kan fördelas mellan sjukhusen, efter överenskommelse i arbetsgruppen, och behöver inte å priori ske vid SUS Lund. T.ex. kan diskuteras om utvecklingen av ESD (endoskopisk submukös dissektion) skall ske vid ytterligare en enhet, förutom den som pågår i Lund, men då givetvis i samarbete. Ett samarbete skall också etableras med Kliniska studier i Sveriges nod i Södra sjukvårdsregionen, forum Söder i Lund, med särskilda resurser för just kliniska studier.

IT-system för kontinuerlig statistik och väntetider

Det saknas således ett övergripande IT-system där varje enskild klinik enkelt kan ta del av samlad och kontinuerligt uppdaterad basala statistik för de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen vad gäller väntelistor, vårdplatsläge, op-salskapacitet, diagnosresurser etc. Denna brist gäller för övrigt samtliga opererande discipliner. Genom ett dylikt system underlättas samarbetet väsentligt och patienter kan erbjudas vård vid annan enhet, vilket befrämjar en jämlik vård i regionen. Det är avgörande att systemet redovisar statistik enhetligt och enligt gemensamma definitioner. IT-stödets parametrar skall definieras av den permanenta arbetsgruppen så att de blir adekvata och användbara.

Rotationstjänstgöring

Samtliga kirurger med ögi-profil inom Södra sjukvårdsregionen skall uppmuntras och ges möjlighet till rotationstjänstgöring av olika längd vid de olika sjukhusen, liksom annan personal såsom operationssjuksköterskor och specialistsjuksköterskor på vårdavdelningar. Det kan också innebära att ansvarig kirurg "följer sin patient" och deltar i operationen även om den sker på ett annat sjukhus, för att därefter fullfölja eftervård och uppföljning på hemmasjukhuset. En annan aspekt är systematisk s.k. randtjänstgöring under kortare perioder vid andra sjukhus i södra regionen, vilket måste tas hänsyn till i bemanningsplaner. Delprojektgruppen anser att de övre gi-kirurgiska resurserna i Södra sjukvårdsregionen skall betraktas som en samlad och koordinerad resurs för hela södra regionen.

För blivande specialister inom ögi-fältet i Södra sjukvårdsregionen bör arbetsgruppen föreslå en utbildningsgång som omfattar inte bara hemsjukhuset. En förutsättning är att de "kamerala" villkoren (lön, reseersättning, resor på arbetstid, boende etc.) är harmonierade mellan huvudmännen, vilka avhandlas i en separat utredning inom projektgruppen i Södra regionvårdsnämnden.

Utbildning definierade specialistsjuksköterskor

Som påtalats ovan råder brist på specialistsjuksköterskor inom de för övre gi-området relevanta disciplinerna röntgen (främst för MRT-undersökningar), operation och endoskopi. Delprojektgruppen understryker att dessa vakanser omgående måste åtgärdas för att uppnå stabila och långsiktiga arbetsförhållanden, vilka i sin tur är förutsättningar för att reducera köerna, utveckla verksamheten och uppfylla lagkravet på jämlik vård. Särskilt vill vi att huvudmännen i södra regionen agerar samfällt för att skapa uppdragsutbildningar för ovannämnda sjuksköterskegrupper hos högskolor och universitet i södra regionen.

Multidisciplinär terapikonferens (MDK)

På motsvarande sätt som inom cancervården, bör s.k. MDK inom skapas även för patienter med komplexa, benigna sjukdomar inom esofagus-ventrikelområdet inom södra regionen. Då patientvolymen är relativt liten, torde inte MDK krävas varje vecka, utan får baseras på vid behovsprincipen, men skall då vara administrativt och tekniskt enkel att etablera (deltagarna skall vara definierade i förväg, tidpunkt fastlagd, IT-frågor lösta osv.). MDK utgör också ett utmärkt fortbildningsforum. Lämpligen ansvarar SUS Lund för MDK-organisationen.

Konkret arbetsfördelning – förslag

Delprojektgruppen föreslår en arbetsfördelning mellan de olika enheterna i Södra sjukvårdsregionen för vissa definierade diagnoser enligt tabell 3 nedan. Tabellen definierar dels vilka diagnoser och åtgärder varje klinik skall kunna utföra, dels vilka som bör koncentreras till färre enheter. Det skall framhållas att inte bara operationen avses utan även till vissa delar utredning och uppföljning, dvs. hela vårdkedjan. Den exakta omfattningen får fastställas från diagnos till diagnos av den permanenta arbetsgruppen och inkluderar remissvägar, att tillräckliga kringresurser finns etc. Till exempel har inte Blekinge kapacitet att gastroskoperera samtliga södra regionens patienter med primär frågeställning "antirefluxoperation" utan en första selektion måste ske i patientens hemlandsting, medan däremot 24-timmars pH- och tryckmätning kan ske vid Blekingesjukhuset. Optimalt skulle en diagnostisk och preoperativ värdering kunna ske samlat under 1-2 dagar och patienten därefter vara färdigutredd och planerad för operation.

Förslaget till arbetsfördelning tar också hänsyn till vilken kompetens och vilka specialresurser som redan idag finns vid de olika klinikerna. Spyglasstekniken (ERCP med ultratunna instrument för gallvägar med liten diameter) finns till exempel redan etablerad i Växjö och SUS Lund, i Kristianstad finns kirurger med intresse för kirurgi vid massiv obesitas och SUS Lund har börjat introducera s.k. POEM-teknik (peroral endoskopisk myotomi) vid achalasi. SUS Lund har också konkret föreslagit inrättandet av ett multidisciplinärt dysfagicentrum för patienter med sväljningsproblem oavsett genes kan handläggas, inklusive dem med sviter efter genomgången cancerterapi. I förslaget ingår att lämpliga delar av kan lokaliseras till andra sjukhus (noder) i södra regionen men SUS har en koordinerande funktion.

Det föreligger således redan en viss de-facto arbetsfördelning inom södra regionen, som relaterar till resurser och kompetens och är baserad på inter-kollegiala nätverk. Detta system är välfungerande och bör bibehållas men också utvecklas.

På nationell nivå har vissa specialdiagnoser nivåstrukturerats, t.ex. komplicerade fistlar mellan trachea-bronker och esofagus till SUS Lund. Även för flertalet andra sällsynta och komplexa fall inom övre gi-området som inte är formellt nivåstrukturerade finns väl upparbetade nationella kontaktvägar.

OPERATION/ÅTGÄRD	SAMTLIGA KLINIKER	SPECIALISERADE KLINIKER
Galloperation	Ja	Specialfall SUS Lund HPB-sekt
ERCP	Ja	Spyglass Växjö och SUS Lund
Antirefluxoperationer	Nej	Blekinge. Specialfall SUS Lund.
Achalasi	Okomplicerade	SUS Lund (bl.a. POEM)
Intrathorakal ventrikel	Okomplicerade	Blekinge. SUS Lund (avancerade).
Dilatation/stentläggning esofagus	Ja	Specialfall SUS Lund. Dysfagicentrum?
Rekonstruktionsop post-GBP ¹	Nej	Växjö. Helsingborg.
Splenektomi	Ja	Nej
Obesitasop (GBP/Sleeve) ²	Ja	Nej
Operation "massiv obesitas"	Nej	Helsingborg.

Tabell 3. Förslagen arbetsfördelning specificerade diagnoser mellan klinikerna i Södra sjukvårdsregionen. ¹GBP = Gastric by-pass. ²Fördelning av obesitaspat från Region Skåne, v.g. se detta avsnitt.

Nodmodell enligt parsjukhusprincipen.

För vissa diagnoser, diagnostiska metoder, terapier etc. kan arbetsfördelning enligt parsjukhusprincipen vara att föredra, särskilt om patientvolymerna är relativt små, tekniken dyr, tillgången på kompetens begränsad etc. Förslaget innebär att SUS Lund tillsammans med ett definierat sjukhus ansvarar för den specificerade diagnosen och dess vårdkedja. Dylåka diagnoser fastställs av ovannämnda kontinuerliga arbetsgrupp.

Traumaomhändertagande

Traumapatienter omhändertas idag vid samtliga ovannämnda kliniker och detta förutsätter delprojektgruppen fortsätter. Dock skall framhållas, att traumavård ställer stora krav på generella kunskaper inom traumatisk patofysiologi och en väl uppbyggd och tränad multidisciplinär organisation (särskilt ambulansverksamhet, akutmottagning, operation och intensivvård). Traumakirurgi inom övre gastrointestinalkanalens område kan vara vital men är således en del av den samlade vården av traumapatienter. Antalet patienter med avancerade traumatiska övre gi-skador är därtill få. Delprojektgruppen understryker därför att en harmonierad och välstrukturerad traumaskickvård i hela Södra sjukvårdsregionen vidareutvecklas, där övre gi-kirurger kontinuerligt tränas i praktisk traumakirurgi, lämpligen koordinerat via det traumacentrum som är under uppbyggnad vid SUS Lund. Redan finns vid varje sjukhus traumakommittéer, med ansvar för den lokala koordineringen

Adress Besöksadress Telefon, vrd Telefax E-post
221 85 LUND Byggmästaregatan 5 046-17 10 00

Birger Pålsson

och utbildningen, med vilka ovan föreslagna övre gi-arbetsgrupp skall etablera samarbete.

Barnkirurgiska aspekter

Delprojektgruppen har inte haft i uppgift att utreda barnkirurgiska aspekter, då denna patientkategori uteslutande opereras vid Barnkirurgiska kliniken i Lund. Det rör sig dessutom om ett fåtal patienter, där merparten har medfödda missbildningar, som upptäcks redan i neonatalperioden. Dock bör det påpekas, att den initiala utredningen ofta startar på hemortssjukhuset, vanligen via dess pediatrika klinik, som då kan behöva konsultera kirurger och också förutsätter kompetens inom främst bildiagnostik. Övre gi-sektionerna på de olika sjukhusen måste därför upprätthålla en viss diagnostisk kunskap inom barnkirurgin, främst genom regelbunden fortbildning, arrangerad via den permanenta arbetsgruppen. Som har påpekats är esofagus-ventrikelkirurgerna vid SUS Lund barnkirurgerna behjälpliga vid dessa operationer, där Barnkirurgen också har ett riksuppdrag.

Ekonomi

Delprojektgruppen har inte haft resurser eller som primärt uppdrag att utföra detaljerade ekonomiska beräkningar avseende ovanstående förslag, men några aspekter skall framhållas. Det är i det närmaste omöjligt och inte meningsfullt att isolerat försöka göra ekonomiska kalkyler för en viss patientgrupp då vårdkedjorna för de olika diagnoserna (både benigna och maligna) hänger samman och utförs av samma personal. Som har påtalats lösgör inte omfördelning av patientgrupper mellan enheterna några resurser totalt sett i södra regionen, då ju patientvolymerna är oförändrade och de samlade resurserna inom södraregionen är otillräckliga. Möjligen kan marginella samordningsvinster uppnås. Likaså skall framhållas att det inte finns evidens för att utförande av operationer i privat regi reducerar kostnaderna, om jämförbara beräkningar görs (t.ex. kostnader för grund- och fortbildning, teknikutveckling, omhändertagande av patienter med komplikationer respektive komplicerade tillstånd och interkurrenta sjukdomar etc.).

Det skall också starkt understrykas, att samtliga kliniker är centralsjukhus och också en universitetsklinik, med det yttersta ansvaret för akutverksamheten i respektive upptagningsområde, vilken kräver en hög beredskap och bibehållen bred kompetens. Detta förutsätter en dito elektiv verksamhet inom både kirurgi, anestesi och intensivvård, diagnostiska discipliner och vårdavdelningar. Dock vill delprojektgruppen starkt rekommendera att hälsoekonomiska analyser bör ingå vid införandet av ny diagnostik och terapi som ett led i både FoU-uppdraget och den permanenta arbetsgruppens uppgifter.

Etik

Delprojektgruppens bedömning är att de föreslagna åtgärderna också är etiskt motiverade och bidrar till ökad kvalitet och mer jämlik vård i Södra sjukvårdsregionen.

Tidplan

Flertalet av ovan nämnda förslag bör kunna implementeras till utgången av 2019.

2018-05-30

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Delprojekt 7. Stroke, simuleringsmodell för att optimera beslutsstrategier

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

1. Att kostnader för att ta fram en simuleringsmodell för att optimera beslutsstrategier inom sjukvården, framtagen av Malmö Universitet, tas från Södra Regionvårdsnämndens ackumulerade resultat
2. Att resultaten vid användandet av simuleringsmodellen fortlöpande presenteras för Södra Regionvårdsnämnden

Bakgrund

Inom delprojekt 7. Stroke har ett samarbete etablerats med Malmö Universitet kring att bygga en simuleringsmodell för att optimera beslutsstrategier. När det gäller strokevården är tidsfaktorn avgörande för resultatet av vården. Det är därför av största vikt att optimera till vilket sjukhus som ambulanser ska köra och att tiderna för omlastning vid vidaretransporter belyses och optimeras.

Inom projektet för att ta fram en simuleringsmodell kommer det att konstrueras en modell för att skapa en representation av de beslut, entiteter (ambulanser, sjukhus), aktörer (patienter, larmoperatörer, ambulanspersonal), och aktiviteter som är involverade i den kedja av beslut och aktiviteter som påbörjas när en patient kontaktar larmcentralen till dess att behandling påbörjas. En sådan representation kan användas för att utvärdera olika beslutsstrategier utan att behöva genomföra tester i det verkliga vårdsystemet, vilket man vill undvika då felaktiga beslut kan få stora negativa konsekvenser för patienten. Detta genomförs typiskt genom att simulera ett antal patienter med en viss prognos, från larm till vård, och på sätt bygga kunskap om vilka effekter olika beslutsstrategier förväntas få.

Det kommer att tas fram en representation av hur det vårdlogistiska systemet fungerar för transport av strokepatienter, en så kallad stroke-modell. De beslut som utvärderas i en stroke-modell är om patienten drabbats av en propp eller en blödning (för att avgöra om patienten skall ges blodförtunnande behandling). Om det rör sig om en propp måste man ta beslut om patienten skall skickas till ett så kallat trombektomi-centrum där proppen kan avlägsnas manuellt. Med en stroke-modell kommer det vara möjligt att studera effekterna av olika typer av logistiska beslut, till exempel:

- Val av sjukhus att transportera en patient med strokesymptom till (beroende på geografisk placering av patient, sjukhus, och trolig behandlingsmetod).
- Användning av så kallade stroke-ambulanser.
- Användning av ambulanshelikopter.

2018-05-30

I projektet ingår att ta fram riktlinjer för en mer generell beslutsstödsmodell för strategisk verksamhetsplanering inom södra sjukvårdsregionen, med fokus på placering av verksamheter.

Kostnaderna beräknas till 155 tkr till Malmö Universitet och 40 tkr till Skånes universitetssjukhus, Jesper Petersson och Olof Gråhamn för att bidra med stöd i form av data och klinisk expertis till projektet

Rita Jedlert
Direktör

Utveckling av modell för analys av logistiska vårdbeslut

Vi föreslår ett projekt som syftar till att skapa en modell för att utvärdera vårdlogistiska beslutstrategier, och på sätt möjliggöra analyser av hur olika strategier möjliggör att erbjuda snabb vård av rätt typ. Målet är att kunna erbjuda en jämlik vård oavsett var man bor.

Från dess att ett larm inkommer till larmcentralen tills dess att behandling påbörjats måste i regel flera beslut tas av olika personer. Först måste larmoperatören besluta om en ambulans skall skickas till den larmande patienten. Ibland kan det finnas behov av specialambulans, och då måste beslut även tas huruvida man skall skicka en specialambulans eller en vanlig ambulans. Väl framme hos patienten måste ambulanspersonalen, eventuellt i samråd med läkare, besluta om patienten skall transporteras till sjukhus och i så fall till vilket sjukhus, samt om behandling kan påbörjas direkt i ambulansen. Då kedjan av beslut kan vara både lång och komplex, och det finns olika principer för vilka beslut som måste fattas, i vilken ordning de skall tas och vad det finns för beslutsalternativ och preferenser kan valet av beslutsstrategier vara livsavgörande för patienten.

Till stöd för de individer som fattar beslut finns olika former av tekniska hjälpmedel, till exempel EKG i ambulanser och möjlighet till kommunikation med läkare på sjukhus. Dessutom finns det i vissa fall riktlinjer för var patienten skall skickas beroende på vilka symptom som uppvisas. Då möjligheten att ta rätt beslut kan vara direkt avgörande för patientens möjlighet att överleva och återhämta sig från en allvarlig sjukdom, som till exempel hjärtinfarkt eller stroke, är det viktigt att kunna utvärdera beslutsstrategier innan de implementeras i den operativa verksamheten.

Inom projektet kommer vi att konstruera en modell för att skapa en representation av de beslut, entiteter (ambulanser, sjukhus), aktörer (patienter, larmoperatörer, ambulanspersonal), och aktiviteter som är involverade i den kedja av beslut och aktiviteter som påbörjas när en patient kontaktar larmcentralen till dess att behandling påbörjas. En sådan representation kan användas för att utvärdera olika beslutsstrategier utan att behöva genomföra tester i det verkliga vårdssystemet, vilket man vill undvika då felaktiga beslut kan få stora negativa konsekvenser för patienten. Detta genomförs typiskt genom att simulera ett antal patienter med en viss prognos, från larm till vård, och på sätt bygga kunskap om vilka effekter olika beslutsstrategier förväntas få.

Vi kommer också att exemplifiera vår modell genom att ta fram en representation av hur det vårdlogistiska systemet fungerar för transport av strokepatienter, en så kallad stroke-modell. De beslut som utvärderas i en stroke-modell är om patienten drabbats av en propp eller en blödning (för att avgöra om patienten skall ges blodförtunnande behandling). Om det rör sig om en propp måste man ta beslut om patienten skall skickas till ett så kallat trombektomi-centrum där proppen kan avlägsnas manuellt. Med en stroke-modell kommer det vara möjligt att studera effekterna av olika typer av logistiska beslut, till exempel:

- Val av sjukhus att transportera en patient med strokesymptom till (beroende på geografisk placering av patient, sjukhus, och trolig behandlingsmetod).
- Användning av så kallade stroke-ambulanser.
- Användning av ambulanshelikopter.

I projektet ingår att ta fram riktlinjer för en mer generell beslutsstödsmodell för strategisk verksamhetsplanering inom södra sjukvårdsregionen, med fokus på placering av verksamheter.

Projektet planeras pågå från 15 augusti 2018 – 31 mars 2019. Projektledare är Johan Holmgren, docent i datavetenskap, Malmö universitet. Johan har mångårig erfarenhet inom logistikområdet och han har bland annat drivit utvecklingen av beslutsstödmодellen TAPAS (<http://www2.bth.se/com/tapas.nsf/>), som kan användas för analys av hur olika typer av policyinstrument (skatter, avgifter, mm) förväntas påverka utförande av godstransporter. Dessutom kommer två magisterstudenter på Malmö universitet arbeta med implementation och utvärdering av en stroke-modell inom ramen för sitt examensarbete. Södra universitetssjukhuset representeras i projektet av VC Jesper Petersson och ST-läkare Olof Gråhamn (VO neurologi och rehabiliteringsmedicin, Skånes universitetssjukhus) som kommer bidra med data och klinisk expertis.

I projektet ingår följande:

- Specifikation av modell för att representera ett vårdlogistiskt system
- Utveckling av vårdlogistisk stroke-modell
- Rapportering av projektresultat

Målet är att modellen ska kunna användas även för andra vårdlogistiska frågeställningar (inte bara stroke). T ex vad innebär en flytt av akut verksamhet från en ort till en annan.

Projektet kommer att stödjas av Professor Paul Davidsson och docent Jan Persson, båda Malmö universitet.

Budget

Måns kostnader består av lönekostnad, inklusive arbetsgivaravgifter (53.47%), och overhead och lokalkostnader (39%) för Johan Holmgren (1.5 månader heltidsarbete). Månadskostnad för Johan Holmgren är 103.036 SEK, vilket ger en total kostnad på 154.554 SEK. Utöver ovanstående allokeras 40.000 SEK till Skånes universitetssjukhus, Jesper Petersson och Olof Gråhamn för att bidra med stöd i form av data och klinisk expertis till projektet. Totalt blir projektkostnaden 194.554 SEK.

2018-06-04

Till
Södra Regionvårdsnämnden

Inrättande av en Högisoleringsenhet vid Skånes Universitetssjukhus

Södra Regionvårdsnämnden beslutar

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

Bakgrund

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.

Södra Regionvårdsnämnden beslutade 2018-04-23 att i princip ställa sig bakom förslaget om etablering av en solidariskt finansierad högisoleringsenhet vid Skånes universitetssjukhus och att ett utvecklat beslutsunderlag tas fram för slutligt ställningstagande vid Södra Regionvårdsnämndens sammanträde i juni 2018.

Ärendet är kompletterad med en ekonomisk kalkyl där kostnaderna för respektive huvudman de närmaste tre åren framgår.

Rita Jedlert
Direktör

Jan Steen
044-309 34 88
0768-871249
Jan.steen@skane.se

Datum 2018-06-01

PM: Högisoleringsenhet

Bilaga ekonomisk kalkyl Högisoleringsenhet

Förutsättning att verksamheten startar 2019-01-01

Ekonomiska konsekvenser och finansiering.

	2019	2020	2021
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
	4 300 000	3 340 000	3 342 000

Baserat på de 3 årens kalkylerade kostnader föreslås en jämn fördelning så att den årliga kostnaden är **3 660 000 kr/år**.

Uppräkning per år ska ske med index som beslutas av avtalsgruppen.
Eventuell förändringar utökningar/minskningar av verksamheten aviseras till avtalsgruppen för handläggning

Denna kostnad fördelas sedan på respektive Landstings-/Regions invånarantal.

Andelar			Belopp
Blekinge	158 453	8,7%	320 089
Halland	134 156	7,4%	271 007
Kronoberg	194 628	10,7%	393 166
Skåne	1 324 565	73,1%	2 675 738
Totalt	1 811 802	100,0%	3 660 000

Södra Regionvårdsnämndens sammanträde 2018-04-23
2018-04-23 i Kristianstad

Rita Jedlert

Inrättande av en Högisoleringsenhet vid Skånes universitetssjukhus § 7

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.

Högisolerings-
enhet

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** i princip ställa sig bakom förslaget om etablering av en solidariskt finansierad högisoleringsenhet vid Skånes universitetssjukhus
- att** ett utvecklat beslutsunderlag tas fram för slutligt ställningstagande vid Södra Regionvårdsnämndens sammanträde i juni 2018.

Paragrafen rätt återgiven, intygas



Margaretha Nilsson

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

Sjukvårdsnämnd SUS

Ärende 2:8

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 internmedicin 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 högisoleringseenhet - 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
	4 300 000	3 340 000	3 342 000

Andelar

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

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

2018-04-25

Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård
Anna-Greta Brodin

Till Regionförbundens samverkansnämnder

Nominering till interimistisk nämnd för nationell högspecialiserad vård

Regeringen har beslutat om en ny beslutsprocess avseende den högspecialiserade vården (2017/18:40). Enligt det beslutet ska en ny nämnd, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, tillsättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Den nya nämnden kommer att ersätta dagens Rikssjukvårdsnämnd. Se bifogad överenskommelse.

Eftersom vi står inför ett val i höst kommer inte nya personer att utses utan sittande ledamöter och ersättare från nuvarande Rikssjukvårdsnämnd kommer att bilda en interimistiskt nämnd för nationell högspecialiserad vård under tiden fram till att beslut om förordnande av ordinarie ledamöter och ersättare kan fattas.

För att Nämnden för nationell högspecialiserad vård ska få laga kraft behöver samverkansnämnderna formellt nominera dagens sittande ledamöter och ersättare i Rikssjukvårdsnämnden till den interimistiska Nämnden för nationell högspecialiserad vård fram till och med 31 juli 2019.

Regeringen och Socialstyrelsen är informerade och införstådda med detta förfarande.

Efter valet kommer SKL att utifrån valutgång balansera den politiska fördelningen av ledamötsplatser. Därefter och senast under mars-april 2019 kommer samverkansnämnderna att behöva lämna förslag på nomineringar till den ordinarie nämnden. Förslag på nya nomineringar ska vara inlämnade tre månader innan de interimistiska förordnanden löper ut.

SKL ska bistå regeringen med att samla in nomineringar och vill nu i detta skede att ni inkommer med era respektive formella nomineringar av nuvarande sittande ledamöter och ersättare i Rikssjukvårdsnämnden till den interimistiska Nämnden för nationell högspecialiserad vård till den 13 juni 2018.

Sveriges Kommuner och Landsting
Avdelningen för vård och omsorg
Sektionen för hälso- och sjukvård

Anna-Greta Brodin
Sektionschef



Socialdepartementet

Överenskommelse om nomineringar till Nämnden för nationell högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen

Förutsättningar och aktuella förändringar

I november 2017 beslutade regeringen propositionen En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården (2017/18:40). Enligt regeringens förslag ska en ny Nämnd för nationell högspecialiserad vård inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Den nya nämnden ersätter dagens Rikssjukvårdsnämnd. Nämnden ska, utöver ordföranden, bestå av sex ledamöter. De sex ledamöterna, samt ersättarna för dessa, utses av regeringen och ska representera respektive sjukvårdsregion. Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande i den nya nämnden. Nämnden kommer, liksom dagens Rikssjukvårdsnämnd, att regleras i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen. Nämndens uppgift bör enligt propositionen vara att, efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Nämnden bör också besluta om återkallelse av sådana tillstånd. Riksdagen har röstat ja till regeringens förslag.

Nominering av ledamöter i den nya nämnden

I propositionen om högspecialiserad vård (2017/18:40) anges inte hur nomineringen av ledamöterna till den nya nämnden ska gå till. Socialdepartementet och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är överens om att SKL ska bistå regeringen genom att samla in och vid behov rangordna nomineringar från samtliga sjukvårdsregioner. Socialdepartementet och SKL är vidare överens om att nomineringarna i

denna första omgång ska samlas in och överlämnas till Regeringskansliet (Socialdepartementet) av SKL senast den 15 juni 2018.

SKL bör från varje sjukvårdsregion nominera en man och en kvinna till rollen som ledamot i nämnden, samt en man och en kvinna till rollen som ersättare för ledamoten. Samtliga ledamöter och ersättare bör vara förtroendevalda.

I de fall som en ledamot eller en ersättare behöver avsluta sitt uppdrag innan förordnandet löper ut, ska SKL inkomma med nya nomineringar i så god tid att beslut om förordnande kan fattas samtidigt som beslut om entledigande. Inför att ordinarie förordnanden för nämndens ledamöter och dess ersättare går ut ska SKL inkomma med förslag på nya nomineringar senast tre månader innan förordnandena löper ut.

Krav på ledamöterna i Nämnden för nationell högspecialiserad vård

Ledamöterna samt ersättarna till dessa bör ha:

- Goda kunskaper om hälso- och sjukvårdens organisation i Sverige
- Goda kunskaper om de förutsättningar som krävs för att bedriva högspecialiserad vård
- Förmåga att se till patientens bästa och att ha ett nationellt perspektiv i beslutsfattandet
- Ha möjlighet att avsätta tillräckligt med tid för arbetet i nämnden.

Godkännande av överenskommelsen

För	För Sveriges Kommuner och
Socialdepartementet	Landsting
Stockholm den X april 2018	Stockholm den X april 2018
Torkel Nyman	Hans Karlsson

