



## **Sammanfattning av medicinska chefsrådets redovisning av det regionala planeringsuppdraget för perioden 20150701 - 20160630**

---

### **1. Bakgrund**

De regionala medicinska chefsråden spelar en viktig roll i regionförbundets arbete med planering, samordning och avtal om region- och rikssjukvård, annan specialiserad hälso- och sjukvård samt utbildning och forskning för den norra sjukvårdsregionen.

Chefsrådets uppdrag beskrivs generellt i förbundets arbetsordning och riktlinjer för chefsrådets arbete har reviderats senast av Förbundsdirektionen 2014-09-25.

Särskilda tidsbestämda uppdrag meddelas genom beslut i Förbundsdirektionen. Uppdrag inom cancersjukvården ges inom ramen för RCC Norr och resulterar i utvecklingsplanen för cancersjukvården.

Uppdraget som påbörjades 2015-07-01 och slutredovisas 2016-06-30 har gällt:<sup>1</sup>

- Arbets- och ansvarsfördelning mellan region- och länssjukvård, centralisering och decentralisering
- Effektiva vårdprocesser
- Jämlig/jämställd vård i regionen
- Användning av kvalitetsregistren för att utveckla jämlig vård och systematiska förbättringar
- Läkemedelssamordning
- Kompetensförsörjning
- Forskning

### **2. Sammanfattning av chefsrådets rapporter**

I föreliggande PM återges samlat det huvudsakliga innehållet i rapporterna för varje frågeställning. Alla chefsråd redovisas inte vid varje fråga. Alla frågor har inte samma relevans för de olika chefsråden och alla har således inte heller besvarat alla frågor. I vissa samråd försvåras arbetet av ojämn representation/närvaro. En schematisk uppställning med sammanfattning av samtliga svar för varje frågeområde finns att tillgå vid Förbundsdirektionens sammanträde. Rapporterna undertecknas av en företrädare för varje landsting och finns att ta del av vid Förbundsdirektionens sammanträde och därefter på regionförbundets kansli.

---

<sup>1</sup> De chefsråd som inte har lämnat någon återrapportering är följande: Anestesi IVA, Stroke, Käkkirurgi.

För varje frågeområde anges först hur frågan är framställd och sedan en sammanfattning av redovisningarna.

## **2.1 Arbets- och ansvarsfördelning mellan region- och länssjukvård, centralisering och decentralisering**

### ***Uppgiften***

Chefsamråden har ett fortgående uppdrag att ständigt uppdatera arbets- och ansvarsfördelning inom sitt område.

Förbundsordningen säger att en av förbundets huvuduppgifter är att:

”Identifiera områden/medicinska fält som kan centraliseras eller decentraliseras enligt de principer som framgår av instruktioner till chefsamråden<sup>2</sup> och utifrån underlaget ta fram en flerårig planering i ett regionalt nätverksperspektiv.”

Chefsamråden ska således bedöma inom vilka områden det förefaller möjligt att behandlingar kan utföras med annorlunda rollfördelning än i dag inom regionen eller mellan vår region och andra universitetssjukhus. Viktigt i sammanhanget är att inom chefsområdet ömsesidigt dela information om respektive landstings planering. För cancervården sker arbetet inom ramen för uppdraget att utarbeta en plan för nivåstrukturering.

### ***Redovisningen***

För denna frågeställning kan konstateras att de flesta chefsamråd har frågan aktuell och att det sker vissa revideringar vid behov. Det finns exempel på såväl centralisering till NUS som decentralisering till länssjukvården. Den nivåstrukturering inom cancervården som beslutades av Förbundsledningen 2013-05-24 § 26, följs upp i särskild ordning. Återrapporteringen avser i huvudsak de förändringar som genomförts under den aktuella perioden.

Inom den regionala *Hjärtsjukvården* finns nu dygnet runt-verksamhet för PCI-verksamheten på alla länssjukhus i regionen. Verksamheten påbörjades i Östersund i maj 2015. Videokonferenser har införts med NUS ut mot Östersund, Sundsvall och Sunderbyn. När det gäller kateterburen aortklappimplantation (TAVI) är decentralisering inte aktuell i nuläget p.g.a. kort väntelista och att omfattningen inte motiverar en utökning i nuläget. Kateterburen förmaksförslutning införs som en centraliserad metod, till NUS, under 2016. En diskussion har även påbörjats om att börja med explantation av pacemakersystem på NUS. I nuläget görs inte detta i regionen.

Vad gäller ansvarsfördelning avseende vilka patienter som ska utredas vid respektive hemsjukhus när det gäller *Internmedicin*, så diskuteras det inom respektive grens specialitets regionmöte/samråd. Ansvar och arbetsfördelning bygger framför allt på vilket uppdrag/interna struktur som de enskilda sjukhusen har.

*Intermedicin - endokrinologi* har beskrivit centraliserad/decentraliserad arbetsfördelning i sin helhet utifrån: åtgärd, indikation och beskrivning av vårdkedja m.m.. Beskrivningen framgår i sin helhet i Internmedicins inrapporterade

---

<sup>2</sup> FD 100923 § 32

grunddokument. Intermedicin beskriver att en centralisering av viss utredning och behandling av endokrina tillstånd är nödvändig för att få ett tillräckligt patientunderlag samt för att upprätthålla den medicinska kompetensen. Exempel på åtgärder som centraliserats är: Hypofyskirurgi, binjurekirurgi, diabetesrelaterade fotkomplikationer (en multidisciplinär fotmottagning har byggts upp och syftet är att på sikt verka som kompetens centrum inom regionen'), multipel endokrin neoplasi (MEN), neuroendokrina pancreatumörer Strålbehandling av hypofystumör, neuroendokrina bukumörer och könsdysfori. Internmedicin kommenterar utvecklingen kring könsdystrofi och påtalar att antalet fall har ökat markant den senaste tiden. De berättar även att det är en nystartad verksamhet som är under uppbyggnad och innefattar många olika specialiteter.

Inom *Internmedicin - gastroenterologin* begränsar sig centraliserad regionvård till second opinion och enstaka avancerade skopier. Utöver detta görs kapselendoskopier endast på NUS och i Sunderbyn. Det finns god kompetens på länssjukhusen och mycket av frågeställningar kan tas över telefon utan att patienten behöver flyttas till NUS.

För *Laboratoriemedicins* samarbete inom regionen finns upprättade avtal mellan VLL och NLL samt VLL och RJH. Avtalen beskriver de ansvarsförhållanden och den samverkan som avtalats inom olika områden. Samarbete kan ske vid införande av nya metoder som t ex vid validering samt vid inköp av utrustning och medicinskt material. Prover som inte analyseras lokalt i varje län (region) skickas till externt laboratorium, det kan vara NUS. Detta gäller främst inom de områden som enbart finns på NUS eller där specialanalyser finns uppsatta i övriga landet (Genetik, Patologi. Molekylärpatologi. Klinisk mikrobiologi, Klinisk immunologi. Kromatografienheten på Klinisk Kemi). Klinisk Kemi: Inköp och införande av Cellavision innebär möjlighet för konsultation av bedömning av bloddiffar från NUS. Transfusionsmedicin: Blodgivning sker lokalt och komponentberedning är delvis centraliserad i de olika länen. Vid behov köps/säljs blodkomponenter inom regionen. Blodbestrålning sker på NUS för blodkomponenter till NLL samt RegionJH. LVN har en egen utrustning. LVN skickar komplicerade immuniseringsundersökningar inom blodgruppsserologin till Uppsala, utom graviditetsimmuniseringar som går till NUS.

*Inom Neurologi* har sker det ett decentraliseringsarbete med överföring av inställning av Stratashuntar till länssjukhusen.

Grundprincipen för patienter inom *Reumatologin* är att de i första hand ska omhändertas på hemorten. För patienter med svår sjukdomsbild där specialiserad vård inte kan erbjudas på hemsjukhuset har NUS regionansvar. De patienter som kommer i fråga har ovanliga system eller vaskulitsjukdomar med allvarligt organengagemang, reumatologiska systemsjukdomar med komplicerat förlopp eller mycket ovanliga sjukdomar inom området. Reumatologiska kliniken i Umeå har specialistkompetens under jourtid och kan ge stöd till andra kliniker inom regionen när reumatologisk specialistkompetens saknas på hemsjukhuset.

*Öron-näsa-hals*. I enlighet med tidigare beslut behandlas de flesta maligna tumörfall och ovanliga diagnoser vid NUS. Skallbaskirurgi inkluderande tumörer och omfattande cholesteatom med intrakraniell utbredning sköts också vid NUS. Beroende på kompetens remitteras också en del öronkirurgiska patienter från regionen till NUS

för audiologisk utredning och eventuellt efterföljande kirurgi t.ex. med cochleära implantat (CI). Norrbottens län har kontakt med Akademiska sjukhuset vid otokirurgiskt komplicerade fall, alternativt Karolinska vid komplicerade fall inom näs-bihåla, pediatrik ÖNH samt livshotande infektioner med behov av tryckkammarbehandling. CI-patienter från LVN behandlas vid Akademiska (vuxna) och Karolinska (barn). Gällande traumapatienter så tas dessa om hand lokalt i Jämtlands läns landsting i samarbete med käkkirurgen, liksom basal frakturkirurgi. Från Västernorrland skickas större ansiktsfrakturer till NUS. Multitraumapatienter skickas (efter samråd med NUS) från regionen till Akademiska. Även hos LVN finns inom kort en käkkirurgispecialist som blir traumansvarig. Gällande foniatripatienter så har Norrbotten en konsult som kommer från Huddinge sjukhus, de har ingen foniatrikompetens på plats. Sundsvalls sjukhus har läkare för diagnostik men inte för behandling, de får konsultbesök från NUS.

## 2.2 Effektiva vårdprocesser

### *Uppgiften*

Effektiva vårdprocesser för patienter som behandlas på NUS ger ett mervärde för i första hand patienten men är också viktigt för en optimal resursanvändning.

Chefsamråden ska för sitt område beskriva hur de säkerställer att patientens vårdprocess utformas så att t.ex. förberedelser/ uppföljning sker i hemmlandstinget där annat inte är medicinskt motiverat. De ska ge exempel på vårdprocesser där förbättringar bedrivits under perioden samt beskriva vad som fordrats för att nå en effektiv vårdprocess. Effektiva vårdprocesser kan också innebära motsvarande översyn i samarbete med andra universitetssjukhus (se Barn- och ungdomsmedicin nedan).

### *Redovisningen*

Gemensamt för flera områden är att man i allt större omfattning använder sig av distansteknik som gör det möjligt att ge patienten insatser i hemlandstinget. Det handlar både om utvidgade ronder där NUS och behandlande i hemlandstinget deltar samt konsultation/bedömningar på distans. Efterfrågan på multidisciplinära konferenser (MDK) har ökat. Den ökade efterfrågan ställer bl.a. krav på förbättrad logistik kring konferenserna samt säkerställandet av att det finns tillräcklig kapacitet i regionens it-bryggor. Det lyfts även fram att regionen saknar tillgång till elektronisk remiss- och svarshantering för remitterer utanför NUS. Kartläggning har visat att detta är en flaskhals i regionen vilket leder till långa ledtider både gällande remiss från remittent till svar samt från bild- och funktionsmedicin ( BFM) till remittent. Frågan är nu adresserad till e-hälsoenheten VLL för att se över en lösning. Nedan följer en rad exempel kring arbetet med att effektivisera vårdprocesserna.

*Barn- och ungdomsmedicin* diskuterar vårdprocesser vid regiondagarna. Det råder en god samsyn om vad som görs var, avvikelser diskuteras vid chefsamråden eller genom att hemortsdoktor kommunicerar direkt med kollega vid NUS. I chefsamrådet diskuteras bl.a. hur vi tillsammans i Norra Regionen kan vårda så många för tidigt födda barn som möjligt utan att behöva skicka till i första hands Uppsala/Stockholm. Det har upparbetats ett system med regelbundna videomöten varje vecka under semesterperioden och inom området sker även ett arbete för att försöka hålla igång

sådana möten även under terminstid. Ett videomöte planeras med alla inblandade innan sommaren 2016. Det finns en dialog kring vårdprocesser både med Sahlgrenska och Karolinska. Under 2015 gjordes en utredning om hur samarbetet mot Sahlgrenska fungerar avseende barnhjärtkirurgi. Vid ett möte i Umeå i december 2015 deltog verksamhetschefer för barnkardiologi och barnhjärtkirurgi samt vårdchefer och koordinatörer. Vid det mötet diskuterades vilka områden som behöver förbättras. Mötet upplevdes som mycket givande och kommer att följas upp med ett nytt möte i slutet av 2016. Under ett antal år har det skett ett arbete för att samarbetet med barnnefrologi (njursjukvård) vid Karolinska ska fungera bättre. Arbetet har resulterat i; en dokumentation som beskriver ansvarsfördelningen, ett system som underlättar kontakt med ansvarig barnnefrolog samt gemensamma videokonferenser med falldiskussioner.

*Bild- och funktionsmedicin (BFM)* beskriver att den ökade efterfrågan på MDK förutsätter att logistiken kring konferenserna fortlöpande optimeras, för att möjliggöra deltagande av kompetenser med lägre tillgång än rådande behov. Kontinuerligt förbättringsarbete av befintliga MDK pågår samt diskussioner inför nya ronders tillkommande. Förbättringsarbetet har gett effektivitetsvinst vad gäller åtminstone radiologens arbetsinsatser på dessa ronder. Tillräcklig kapacitet i regionens it-bryggor är en förutsättning för regionala MDK, och ytterligare it-satsningar krävs för modernisering av utrustning på vissa sjukhus och för att länsdelssjukhusen ska kunna delta. Regionen saknar idag tillgång till elektronisk remiss- och svarshantering för remitter utanför NUS. Kartläggning har visat att detta är en flaskhals i regionen vilket leder till långa ledtider både gällande remiss från remittent till svar samt från BFM till remittent. Frågan är nu adresserad till e-hälsoenheten VLL för att se över en lösning. I dagsläget kan NUS svara upp till det regionala behovet av PET-CT genom schemaförskjutning. På lång sikt bedöms åtgärden inte vara tillräcklig, p.g.a. ökad efterfrågan. En utredning om behov PET-CT i kort, medellångt och längre perspektiv i regionen kommer att påbörjas av RCC Norr under 2016-2017.

Under 2015 slutfördes processen med videokonferenser varje vecka för thoraxrond med Östersund, Sundsvall och Sunderbyn inom *Hjärtsjukvården*. Tekniken har fungerat förhållandevis väl. För vuxna med medfödda hjärtfel, (GUCH) sker månatligen videoronder mot regionen. Decentralisering av CT-undersökningar i hemlandstinget inför lungvensablationer är genomförd med goda erfarenheter. För kardiovaskulär genetik (ärftlighet vid hjärtsjukdom) finns endast en remissadress där standardiserade utredningar avseende monogenetiska sjukdomar utförs.

År 2014 infördes regionala videoronder inom *Hudsjukvården* som bidrar i t.ex. förberedelser och kan undvika en del remisser eller kan direkt hänvisas till rätt instans.

Inom *Internmedicin* finns vid flertalet av grenspecialiteerna fungerande multidisciplinära ronder (lung, njur, endokrin), samtliga arbetar med att förbättra ronderna. En fråga som tagits upp är deltagande av länsdelssjukhusen som ser mycket olika ut. För att få en effektiv vårdprocess krävs en långsiktighet vad gäller specialistbemanningen och tydlighet vad gäller respektive sjukhus uppdrag (på länsdels-, läns- och regionnivå). Ett landstingsinternt arbete om hur remissförfarandet ska gå till om det enskilda landstinget innan remiss går iväg till regionsjukhus eller att remiss ställs till annat landsting utom regionen behövs inom en del sektioner.

Vid årliga regionmöten inom *Internmedicin – Endokrinologi* diskuteras och uppdateras 1-2 vårdprocesser per tillfälle och befintliga PM revideras. Det finns även månatligen en telemedicinsk ”Norrländsk endokrinond” där många fall diskuteras och på så sätt säkerställs att erforderlig utredning är gjord innan patienten remitteras till NUS. Vid den multidisciplinära ”Carcinoidronden” deltar representanter för onkologisk endokrinologi på videolänk. Detta gör att en del kontroller som annars skulle behöva utföras i Uppsala kan göras hemmavid. Dessutom förkortas beslutsvägarna betydligt och vården blir på detta sätt effektivare både för patient och vårdpersonal.

Inom *Kvinnosjukvården* finns fungerande MDK-konferenser för gynekologisk cancer/PGD och IVF som möjliggör planering och lika vård på rätt nivå i regionen. Det finns väl fungerande rutiner för prematurvård. Det finns ett pågående arbete med SVF. Det pågår även ett regionalt arbete för anpassning till nya nationella riktlinjer för handläggning av graviditetsimmunisering och fosterdiagnostik, kombinerat ultraljud biokemi (KUB), non invasiv prenatal test (NIPT).

Chefssamrådet för *Neuro- Neurorehab* har fört diskussion kring äldre patienter med traumatisk ryggmärgsskada och hög samsjuklighet. Det görs en noggrann bedömning av rehabiliteringspotential innan en sådan patient skickas för rehabilitering på regionnivå.

Inom *Neuro – Smärtrehab* beslutar inremitterande i regionen angående patienter som remitteras för SCS huruvida patienten går direkt till NKK för implantat eller via smärtrehab för second opinion.

Inom *Reumatologins* chefsråd diskuteras processen för de patienter som har svår sjukdomsbild och NUS har ett regionansvar. Dessa patienter handläggs och utreds initialt på hemortssjukhuset och remitteras till NUS efter överenskommelse. Vid svåra och långdragna sjukdomsförlopp diskuteras fortsatt handläggning av hemortssjukhuset läkare för gemensamt ställningstagande till fortsatt handläggning. I de fall hemortssjukhuset önskar ta över fortsatt behandlingsansvar sker detta. Införandet av "knäckefallronden" ses som ytterligare ett led i samarbetet runt svårt sjuka patienter och om möjligt behålla patienten på hemorten.

Regionen har inom *Öron-näsa-hals (ÖNH)* egna tumörrutiner som tagits fram dels för att korta ledtiderna och dels för att hitta bra rutiner för att slussa tillbaka patienterna till hemlandstinget utan onödig fördröjning. Det arbetet fortgår och har utökats med kontrollscopier efter behandling i Umeå, utförs på hemortens ÖNH i största möjliga utsträckning. Under hösten fortsätter arbetet med att förbättra rehabiliteringskedja för tumörpatienterna i regionen. De flesta frågorna kring ledtider och vårdprocesser lyfts årligen vid regionmötet klinikerna emellan för både tumörteamen och cochlea implantat (CI)-teamen i regionen. I enlighet med chefsrådets uppmaning har ÖNH NUS sett över och förbättrat flödet kring CI-patienter, förbättrad CI-teamets uppbyggnad, och ett första större regionmöte hölls våren 2015. Ett starkt CI-team är en bidragande faktor för jämlik hälsa inom regionen. Ett fortsatt deltagande vid multidisciplinära ronder (MDK) för tumörpatienter vid regionens ÖNH kliniker underlättar informationsflödet och snabbar upp handläggningstider för tumörpatienter.

## 2.3 Jämlik/jämställd vård i regionen

### *Uppdraget*

Målsättningen för hälso- och sjukvården är bl.a. jämlik/jämställd vård.

Chefsamråden har haft i uppdrag att beskriva hur väl vården inom deras område svarar mot den målsättningen inom regionen.

### *Redovisningen*

För att öka jämlikheten i vården inom regionen betonas bl.a. betydelsen av: distansteknik, tillgång till specialistkompetens, kvalitetsregistren och enhetliga riktlinjer. I det följande framgår en sammanfattning av respektive chefsamråds beskrivning av arbetet i frågan.

Inom *Barn- och ungdomsmedicins* chefsamråd råder det god samsyn samt att det inte finns några tecken på ojämlikheter i regionvården. En orsak bedöms vara att delföreningarna inom Svenska Barnläkarföreningen (BLF) arbetar med nationella PM som används ute på landets barnkliniker oavsett var det ligger. Det har nu också anställts en person inom BLF som specifikt arbetar med att uppdatera och sprida dessa PM.

*Bild- och funktionsmedicin* berättar att de Standardiserade vårdförloppen bidrar till att skapa en mer jämlik och tillgänglig cancervård med fokus på att korta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna samt leda till en mer sammanhållen vårdprocess kring patienten.

Inom *Hjärtsjukvårdens* chefsamråd har det gjorts en jämförelse inom flera områden och konstaterar att det finns områden som är jämlika samt att det även finns förbättringsområden. För operation av hjärtklaffar inklusive TAVI ses ett tämligen jämnt förhållande per 100 000 invånare för 2015. När det gäller CRT ("sviktpacemaker"-behandling) har patienter i Norrbotten och Västerbotten fått denna behandling i större utsträckning per 100 000 invånare jämfört med Jämtland och Västernorrland. Behandlingen med NOAK skiljer sig inom regionen med störst användning i Västerbotten och minst i Västernorrland. Efter senaste chefsamrådet har information och kontaktuppgifter utskickats till regionen avseende ECMO-behandling. Ojämlik vård bedöms föreligga inom och mellan länen avseende fysisk träning vid hjärtsjukdom. Avseende familjär hyperkolesterolemi föreligger i regionen en generell underdiagnostik och därigenom underbehandling sett till förväntade prevalenssiffror.

Inom *Hud* är införandet av standardiserade vårdförlopp för hudmelanom en del i arbetet med att sträva efter jämlik cancervård. Det är aktuellt att starta införandet av standardiserade vårdförlopp för hudmelanom i hela landet.

*Internmedicin* beskriver fyra aktiviteter kring arbetet med att öka den jämlika vården: länsövergripande länsövergripande vårdprogram vad gäller utredningar och när remittering ska ske, översyn av ojämlikheter på lokal nivå innan arbetet kan göras på regional nivå, standardiserat vårdförlopp inom lungcancer och riktlinjer för diabetestekniska hjälpmedel som är utformade och implementerade. De ojämlikheter som finns i dagsläget är tillgång till eller avsaknad av specialistkompetens.

Arbete med jämlik vård sker via kvalitetsregistren och den ”Norrländska Endokrinronden” inom *Internmedicin – Endokrinologi*. Det finns två nationella kvalitetsregister, nationell diabetesregistret (NDR) och svenska hypofysregistret.

Inom *Kvinnosjukvården* sker ett arbete för att hålla ledtider i flödesschemat för standardiserat vårdförlopp för ovarialcancer. De strävar även efter enhetliga regler i norra regionen för fosterdiagnostik med nya metoder (KUB, NIPT) och graviditetsimmunisering.

Behandlingsmöjligheterna har förändrats över tid inom *Reumatologin*. Ett ständigt förändrings- och förbättringsarbete präglar därför specialiteten och ett aktivt arbete med utarbetande av nationella riktlinjer pågår fortlöpande. De öppna jämförelserna används ofta som bas för arbetet och nya forskningsrön följs upp löpande och implementeras i verksamheten. Under senare år har t.ex. kunskap om hjärtkärlsjukdom inneburit ett förbättrat omhändertagande av patienterna och förändrat behov av rehabiliterande insatser för patienter med reumatisk sjukdom innebär att ett rehabiliterings innehåll förändras. Riktlinjerna uppdateras årligen och följs av enheterna i regionen.

Inom *Öron- näsa – hals* upplevs det att det finns svårigheter med information på andra språk än svenska i samband med operationer. Behovet av tolk har ökat under senaste året. Vuxna med dövhet i Norrbotten, kan numera lättare få tolkhjälp med kort varsel (distanstolk) med hjälp av ny teknik, paddor/läsplattor. Tekniken upplevs ha bidragit till en förbättring av jämlik vård. Hörcentralen i Västerbotten kommer att delta i samma typ av projekt som Norrbotten. De använder redan läsplattor vid besök av barn med Cochlea implantat (CI). Utöver behovet av tolk finns ett fortsatt behov av specialistkompetens inom regionen för en jämlik vård. Samma fasta bemanning som backar upp hela länets (och regionens) ÖNH patienter med samma rutiner o.s.v., ger även det en jämlik vård.

## **2.4 Användning av kvalitetsregistren för att utveckla jämlik vård och systematiska förbättringar**

### ***Uppdraget***

När registerdata uppvisar tillräckligt god kvalitet för att man ska kunna göra jämförelser bör ett kontinuerligt inslag i chefsrådets arbete vara att årligen följa utvecklingen inom sitt område vad gäller God Vård. Avgränsningen till landstingens eget arbete ligger i att på den regionala nivån studeras vårdområden där regionsjukhuset anlitas.

Chefsråden har fått i uppdrag att beskriva hur kvalitetsregistren används för att utveckla god vård och systematiska förbättringar. De ska även redovisa vilka register chefsrådet enats om att regionen *bör* delta i.

### ***Redovisningen***

För denna frågeställning uppvisar rapporterna en bild av att situationen delvis är olika inom de olika specialistområdena. Inom flertalet finns ganska stor överensstämmelse inom regionen mellan vilka register man deltar i/bör delta i och för andra områden är variationen tämligen stor. Inom de områden där överensstämmelsen är god redovisar man ofta att man kan följa resultaten. *Chefsråden för, barn- och ungdomsmedicin,*



*internmedicin, endokrinologi, gastroenterologi, kvinnosjukvården, ögonsjukdomar och reumatologi* är exempel på det första och *hjärtsjukvården samt Öron- näsa- hals* är exempel på det senare.

*Barn- och ungdomsmedicin* deltar i Svenska Barncancerregistret och SNQ vilket är det Svenska registret för perinatal och neonatal vård. Samtliga kliniker deltar i SweDiabKids som är det stora Svenska Diabetesregistret. Införandet av detta register där man kan se hur man presterar jämfört med alla andra i kombination med ny teknik (kontinuerlig blodsockermätning) och nya omvårdnadsprogram (bl.a. så kallad kolhydraträkning) gör att medelblodsocker (HbA1c) nu sjunker för barn med diabetes vilket minskar riskerna för komplikationer på sikt.

*Bild- och funktionsmedicin* berättar att rapportering sker tillsammans med patientansvarig klinisk enhet rapporterar NUS till SWEDVASK, det svenska kärlregistret, och EVAS, det nationella trombotomiregistret. Nuklearmedicin på NUS bedriver sedan 2009 fortlöpande kvalitetsarbete i samarbete med Equalis. Man får möjlighet att kontrollera kvaliteten på sina undersökningar, både vad det gäller bildkvalité, metod och svarsskrivande. Man får också en möjlighet att jämföra hur undersökningarna står sig i jämförelse med övriga kliniker i landet.

*Hud* deltar i kvalitetsregister för systemisk behandling av psoriasis (PsoReg) och registret för Hudmelanom (här bör täckningsgraden förbättras). HudSTD kliniken i Umeå och Östersund deltar i Nationella registret för epicutantestning (EpiReg).

Inom *Internmedicin* presenterar och diskuteras data från kvalitetsregistren på respektive grenspecialites regionmöten. Kvalitetsregister som regionen bör delta i är följande: Lungcancer registret, hypofysregistret, SWIBREG, Svenska Njurregistret, Nationella Diabetesregistret, Könstdysfori (under uppbyggnad), Registret för medfödda metabola sjukdomar, Cirrhos-registret, Riks-KOL.

Inom *Internmedicin – Endokrinologi* finns två nationella kvalitetsregister, nationell diabetesregistret, NDR och svenska hypofysregistret. Samtliga sjukhus deltar i NDR. Data från båda registren går in vid det årliga regionmötet. När det gäller hypofysregistret är antalet patienter för få för att kunna dra några slutsatser om skillnaden i vård.

SWIBREG inom *Internmed- Gastroenterologins* IBD bör användas, samtliga landsting respektive sjukhus är med.

*Kvinnosjukvården* deltar i: gynop, graviditetsregistret, informationsnätverk för cancervården (INCA), Svensk förening obstetrik och gynekologi (SFOGs) årsrapport. Medicinska födelseregistret. Ett arbete pågår för införande av Cytburken som möjliggör uppföljning av arbetet kring gynekologisk cellprovstagning och cervixcancerprevention.

Inom *Laboratoriemedicin* registreras Aferesverksamheten ( arbete med avskiljande av vätskor) hos NUS i WAA-registret, det ska även införas i Sundsvall. Ett nytt stamcellsregister är under utveckling med stöd av vävnadsmedel. Centrum för kardio genetik (CKG) vid NUS driver utveckling av kardiogenetiskt kvalitetsregister. Stamcellstransplantationsprogrammet (inklusive aferesverksamheten på NUS och i

Sundsvall samt stamcellslaboratoriet NUS) är ackrediterat enligt JACIE vilket innebär att alla patienter i norra regionen omfattas av denna kvalitetssäkring. Data registreras i det europeiska kvalitetsregistret ProMISE. Alla verksamheter är ackrediterade av SWEDAC vilket innebär deltagande i externa kvalitetsutskick (Equalis, UKNegas mfl) samt bedömning av SWEDAC var 16:e månad. Detta innebär en strävan till god kvalitet och ständiga verksamhetsförbättringar.

*Ortopedin* rapporterar att de använder höft- och knäregistret samt ryggregistret.

Svensk *Reumatologisk Förening* (SRF) driver sedan många år Svenska Reumatologiregister (SRQ) som är en registerbas för flera olika register av reumatiska sjukdomstillstånd ([www.srq.nu](http://www.srq.nu)). Nationell registrering förekommer för patienter med reumatoid artrit (SRQ, svensk reumatologis kvalitetsregister) samt för patienter som behandlas med biologiska läkemedel oavsett diagnos (ARTIS, Antirheumatic Treatment in Sweden) och används för de nationella öppna jämförelserna. Regionens alla enheter inkluderar patienter i de två nationella uppföljningarna, framför allt i ARTIS. Viss lokal skillnad finns beroende på struktur/organisation. Vid NUS finns en anställd medarbetare som jobbar med att säkerställa de regiongemensamma registrens kvalitet. Socialstyrelsen håller på med ett arbete med målnivåer för de nationella riktlinjerna, där är SRF och SRQ delaktiga i utarbetandet av målnivåer.

Inom *Ögon* används: kataraktregistret, makularegistret, kornearegistret, Swedrop, amotioregistret. Registren används fortlöpande för utveckling av jämlik vård och systematisk förbättring

Inom *Öron- näsa – hals* deltar samtliga i Tonsillregistret. Samtliga exkl. Region JH deltar i: Septumregistret, Inom respektive landsting sker dessutom arbete med följande register. Västerbottens län: Huvud-halscancer, Foniatri, Myringosclerosregistret och Otoplastik/ossiculoplastik. Västernorrland län: Malignitetsregistret, Myringoplastikregistret, Otosclerosregistret. Norrbottens län: Tumörregistret, Röstförbättrande kirurgi, Barnhörsel, Otosclerosregistret. Registren används bl.a. genom diskussion om hur man ur dessa register kunna hämta ut uppgifter t.ex. gällande tonsillblödningar och vilken operationsteknik som ger minst tonsillblödningar. Att komma från ”känsla” till att ”veta”.

## 2.5 Läkemedelssamordning

### *Uppdraget*

Läkemedelsfrågan är inte lika aktuell för alla chefsamråd, men Läkemedelsrådet utbyter mötesanteckningar med samtliga chefsamråd för ömsesidig kännedom.

Chefsamråden inom *neurologi, internmedicin, reumatologi, kardiologi* och *cancerrådet* ska utse en namngiven kontaktperson i läkemedelsfrågor som informerar läkemedelsrådet om aktuella läkemedelsfrågor som diskuteras i chefsamrådet. Kontaktpersonen har också en viktig funktion i upphandlingsfrågor.

Chefsamrådets kontaktperson är även mottagare av information och synpunkter från läkemedelsrådet. Vid behov kan representant från läkemedelsrådet delta på chefsamråden. Berörda chefsamråd ges i uppdrag att redovisa hur större effektivitet kan uppnås inom läkemedelsområdet.

Chefsamråden ska ge sin syn på hur samverkan med det regionala läkemedelsrådet utvecklas och hur den regionala processen för införande av nya läkemedelsterapier fungerar.

### ***Redovisningen***

Läkemedelsrådet har utsett särskilda kontaktpersoner för de läkemedelsintensiva chefsamråden. Mer information framgår av den rapport som läkemedelsrådet/ARIL lämnat.

De läkemedelsintensiva områdena uppger att samverkan med Läkemedelsrådet och dess arbetsutskott för regionalt ordnat införande av läkemedel –ARIL, fungerar bra och att samsyn råder om läkemedelsanvändningen. Om ARIL deltar vid chefssamrådets möten presenteras nyheter kring läkemedel, avtal och upphandlingar. Utöver detta beskriver några chefssamråd ytterligare information om det arbete som pågår inom läkemedelsområdet. I denna sammanfattning nämns endast några exempel.

Inom *Bild- och funktionsmedicin* har en regiongemensam upphandling gjorts av Isotoper.

För läkemedlet Entresto kommer samtliga län inom *Hjärtsjukvården* att införa ett fåtal specialistkompetenta läkare i respektive län som initialt kommer att stå för förskrivningen. Chefsamrådet har 2016 i en skrivelse till ARIL haft synpunkter på att Waran och NOAK ska jämföras i indikationshänseende.

När det gäller sällan använda läkemedel inom *Internmedicin – Endokrinologi* t.ex. somatostatinanalog och tillväxthormon sker insättning efter noggrann utredning och oftast efter gemensam diskussion vid lokal endokrinrond vid NUS eller Norrländsk endokrinrond. När det gäller mer vanliga läkemedel inom endokrinologi och diabetes finns dock utrymme för förbättringar och ökad samsynhet.

Inom *Reumatologin* har arbetet fortsatt med att sänka läkemedelskostnaderna. Punkten är återkommande på de gemensamma mötena. Socialstyrelsens har fastställt riktlinjer där ökad användning av biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, psoriasisartrit och ankyloserande spondylit har inneburit en ökad användning och därmed en ökad kostnad. I nuläget ser det ljusare ut när patenterna börjar gå ut och bioläkemedlen gör sitt intåg på marknaden, vilka har en lägre kostnad. Det senaste prisavtalet på subcutana TNF-hämmare är nationellt vilket är bra för våra patienter då vårt regionala prisavtal inte fått samma prisnivå som de stora regionerna/landstingen.

## **2.6 Kompetensförsörjning**

### ***Uppdraget***

Chefsamråd har en viktig roll för regional samordning av utbildnings- och forskningsfrågor. Det gäller t ex förutsättningar för specialistutbildning av regionens läkare vid NUS och specialistutbildning för sjuksköterskor samt andra personalkategorier.

Chefsamråden har fått i uppdrag att redovisa det man anser som angelägna frågor vad gäller kompetensförsörjning.

### **Redovisningen**

Redovisningen inom detta område är omfattande och samstämmig. I denna sammanfattning innebär det att textavsnittet blir kortare än inom andra avsnitt där rapporteringen skiljer sig mer mellan samråden. Detta får inte uppfattas som att frågan haft litet utrymme i chefsamrådets rapporter. Förhållandet är det motsatta. De detaljerade förslag som framförs är dock bäst lämpade att förvaltas av landstingens/regionens tjänstemannaledning.

*Samtliga chefsamråd* uttrycker att insatser behövs för bättre kompetensförsörjning. Samtliga lyfter stora behov av utökad specialistutbildning- ST tjänster.

Barnneurologi är en extrem bristspecialitet och vid varje barn och ungdomsklinik i Norra Regionen finnas bara enstaka barnneurologer. I chefssamrådet har man beslutat att tillsammans finansiera en 10 procent ST-studierektor i barnneurologi som arbetar över hela regionen.

Det råder en brist på radiologer i hela regionen inom *Bild- och funktionsmedicin*. Verksamheten har ett stort beroende av vikarier från bemanningsföretag. Uttalad brist gäller även röntgensjuksköterskor inom vissa orter i regionen. Kompetensbristen leder till följande problematik. 1. Utrustning som finns nyttjas inte i den omfattning som det finns behov av. 2. Kompetensbrist inom vissa specialiteter såsom nuklearmedicin, neuro, MR 3. Utbildning och handledning av ST blir lidande. Det finns i dagsläget ett 20- tal ST i regionen varav 10-tal på NUS. Sviktande ansökningar till ST-tjänster i Norrbotten och Västerbotten, i Västernorrland och Jämtland bra tillgång på ST men brist på specialister som handledare 4. Den ökade efterfrågan av de resurskrävande multidisciplinära konferenserna blir i en bristsituation en tung arbetsmiljöfråga.

Inom *Hud* är tillgång till specialister i regionen begränsad. Vid Hudkliniken i Region Jämtland-Härjedalen är situationen kring läkarbemanning svår med avsaknad av specialistbrist och senior kompetens vilket kan äventyra läkarutbildningen. Därför diskuteras samverkansmöjligheter med Västerbotten. Det är även brist på specialister inom Dermatologi, vilket är ett bekymmer i både i regionen och resten av landet. Fler Dermatopatologer behövs också och är en viktig del i våra vårdprocesser.

Vad gäller specialistläkare inom *Internmedicin* finns tydliga bristområden i regionen. I första hand rör detta njur- och lungsidan och ett överhängande hot även inom gastroenterologisidan. När det gäller de två förstnämnda specialiteterna är bristen nationell. En övergripande regional diskussion om hur man ska bygga upp specialistfördelning mellan de olika länens sjukhus (tydliggöra resp sjukhus uppdrag) samt inom regionen är av yttersta vikt för att skapa en hållbar struktur.

Inom *Internmedicin – Endokrinologi* råder specialistbrist på endokrinologer och diabetologer såväl på nationell och regional nivå. NUS har det under det gångna året tillsatt en ST-läkartjänst med inriktning mot internmedicin och endokrinologi. Under 2016 kommer en kollega att bli färdig dubbelspecialist i intermedicin och endokrinologi. Hösten 2016 anställs ytterligare en specialist i internmedicin som kommer att bli specialist i endokrinologi under 2017-2018. För att säkra specialistförsörjningen behövs det anställas ytterligare 2-3 ST-läkare inom den närmast femårsperioden. Vid Sunderbyns Sjukhus är kompetensförsörjningen god. Vid

Östersund finns två specialister och en ST-läkare. Med tanke på arbetsbelastningen behövs fler ST-läkare rekryteras.

Inom *Internmed- Gastroenterologi* varierar kompetensbehovet. För LVN, är situationen god i Sundsvall, men mer bekymmersam i Örnsköldsvik och Sollefteå, där det skulle behövas nya ST-läkare för att vara specialistkompetenta inom en 6-7 års period. Region JH, här är man beroende av stafett, uppfattar behov av ST läkare där. NLL, acceptabel bemanning i Sunderbyn och man har ett par ST-läkare. VLL, Acceptabel situation på NUS och i Lycksele men det sviktat i Skellefteå, där man är i generationsväxling och man prioriterar medicinbakjournskompetens framför gastroenterologi. Skellefteå har stafett av och till.

Det sker ett arbete med bemanning i alla personalkategorier inom *Kvinnosjukvården* samt kontinuerlig rekrytering. Utbildningsinsatser inom regionen behövs för rekrytering och kompetensutveckling av befintlig personal. ST-tjänster behöver tillsättas och förstärkning är nödvändig för subspecialisering framförallt inom tumörkirurgin och fetalmedicin.

Generationsväxling och bemanning av legitimerade BMA är *Laboratoriemedicins* största problem nu och under kommande år. Följande åtgärder planeras. Anställning av sjuksköterskor, undersköterskor och laboratorieingenjörer för att frigöra tid för BMA. Dock minskar detta antalet dygnet-runt-medarbetare för kemi och transfusionsmedicin. För att öka BMA-yrkets attraktivitet utarbetas på flera håll kompetenstrappor som kan kopplas till ökande lönenivåer. Anställning av andra yrkeskategorier än BMA, som medicinska biologer (molekyltibrbiologer, tiomedicinare), innebär behov av komplettering av transfusionsmedicinsk grundutbildning. Denna kan ske i form av uppdragsutbildning, bör även kunna ges som distansundervisning i form av streamade föreläsningar. Kontakt ska tas med ansvarig för BMA-utbildningen i Umeå. Transfusionsmedicinsk fortbildningskurs.

Inom *Reumatologin* finns problem med kompetensförsörjning av läkare både i regionen och i hela landet. Flera enheter klarar sig med hjälp av stafettläkare. Fortsatt arbete för att i första hand utbilda reumatologer är av stor vikt.

*Ögonsjukvårdens* chefssamråd framhåller vikten av långsiktig planering för att säkerställa kompetensförsörjningen för alla personalkategorier för specialiteten inom regionen i ett 5-19 års perspektiv

Inom *Öron-näsa-hals* är situationen enligt följande. I Norrbotten finns ett långsiktigt arbete med att bygga upp med ST-läkare. En ST-audiologi startar även under hösten 2016. Det finns dock behov av en del återkommande stafetter för att täcka vakans samt för spetskompetens. Västernorrland: Det finns visst behovet av inhyrda sjuksköterskor. En del operationer har fått skickas till andra landsting utanför regionen. På läkarfronten finns 8 ST-läkare. Audiologtappet som finns i Sundsvall är kännbart, men en "audiologgrund" finns i kvarvarande personal. Västerbotten: På ÖNH NUS är 4,5 specialister vakanta och 5 st ST-läkare finns på kliniken. ÖNH klinikens mottagningar i Skellefteå och Lycksele har stängts. En audiolog från Umeå kommer att fortsatt täcka upp på dessa orter ca var 4.e till 6.e vecka. Hörcentralen och logopedavdelningarna på respektive ort är kvar oförändrat.

## **2.7 Forskning**

### ***Uppdraget***

Forskningsens utveckling är föremål för uppmärksamhet såväl nationellt som regionalt. Chefsamråden har överblick över forskningsläget inom sitt område och kan påpeka sådant som kan vara viktigt för en positiv utveckling.

Chefssamråden har getts i uppdrag att redovisa forskningsprojekt inom sitt område som utnyttjar samverkan inom regionen och att redovisa det man anser som angelägna frågor vad gäller forskning.

Chefsamråden har också fått i uppdrag att beskriva hur man arbetar med att sprida kunskap i regionen.

### ***Redovisningen***

De allra flesta chefsamråden rapporterar om pågående forskning och också om samarbete inom regionen.

I stort sett samtliga chefsamråd rapporterar att kunskapsspridning sker via regiondagar en eller två gånger per år och vid särskilt anordnade utbildningstillfällen. De finns även exempel på chefssamråd som ibland diskuterar forskningsfrågor i samband med månatliga videokonferenser.

Chefsamråden lyfter också att det är angeläget att skapa förutsättningar för att forskning ska kunna utföras inom alla landsting. En mycket viktig fråga är risken för att en ansträngd arbetssituation i verksamheten försämrar möjligheter att ta ut forskningstid. En aktiv forskning är viktig för att utveckla vården, behålla kompetensen och arbetskraften samt för att göra regionen till en attraktiv arbetsplats.

Några chefssamråd påpekar också att läkarutbildningen på fyra orter har en positiv inverkan på forskningen.