

**Bilaga 1**



**2020-01-24**

**Tarmcancerscreening** - en genomlysning av området som beskriver konsekvenser vid ett införande i Region Halland

## Innehåll

Inledning.....	3
Anledning till införande av tarmcancerscreening, kunskapsstöd, medicinska ställningstaganden och kvalitetsregister SveReKKS .....	3
Varför tarmcancerscreening? .....	3
Kunskapsstöd.....	4
Medicinska ställningstaganden .....	4
Kvalitetsregister SveReKKS .....	5
Praktiska ställningstaganden gällande kallelsesystem och samordning .....	5
Kallelsesystem .....	5
Systemförvaltningens analys .....	5
Breven i kallelsesystemet .....	6
Gemensamt samordningskansli-GSK för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer .....	6
Följande ingår vid anslutning till GSK .....	7
Varje region som ansluter till GSK ta ansvar för följande .....	7
Kostnader för GSK och andra alternativ för Region Halland .....	7
Samordnandefunktion på Endoskopimottagningen, HS gällande tarmcancerscreeningkoloskopier ..	8
Koloskopier.....	8
Screeningkoloskopier .....	8
Behov av koloskopier för utredningar, kontroller och uppföljningar utanför screeningprogram.....	9
Total kapacitetsökning koloskopier .....	9
Lokaler, utrustning och kapacitet med kompetens för att utföra koloskopi.....	9
Fler PAD och fler röntgenundersökningar .....	10
Polypuppföljningsprogram och remittering vid misstänkt tjock-ändtarmscancer .....	10
Kostnad för patient.....	10
Information till invånare, medarbetare, beslutsfattare .....	11
Patientperspektivet .....	11
Totala kostnader.....	11
Bilaga 1 .....	13

## Inledning

Regionkontoret fick i uppdrag att göra en genomlysning av området tarmcancerscreening som kan bilda ett underlag för beslut om ett eventuellt införande i Region Halland. Genomlysningen beskriver de konsekvenser som kan uppstå vid ett införande. Sakkunniga efterfrågades från samtliga berörda förvaltningar och områden. Se processgrupp, bilaga 1. Sammanhållande på Regionkontoret var Jeanette Törnqvist, Hälso- och sjukvårdsstrateg.

Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancersjukdomen i Sverige. Screening för tjock- och ändtarmscancer finns sedan 10-15 år i flera länder, bl. a de övriga nordiska länderna. Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland har screenat för tjock- och ändtarmscancer sedan 2008.

I Sverige pågår en landsomfattande studie som jämför screening med direktkoloskopi med Fecalt immunochemical test (FIT), SCREESCO-studien. Studien inkluderar de sista patienterna hösten 2019. Studien förväntas vara klar 2034. Region Halland deltar i studien och erfarenheten som rekommendationerna i genomlysningen bygger på tar sin grund i arbetet med SCREESCO-studien.

Ulf Strömberg, Epidemiolog FoU Region Halland har kartlagt incidens av tjocktarmscancer stadie I och stadie II i Södra och Västra sjukvårdsregionen. Han menar att i Halland hittas fler tjocktarmscancer i tidigt stadium jämfört med andra områden i Södra och Västra sjukvårdsregionen och det ser relativt likt ut i hela Halland, inga större regionala skillnader.

I tarmcancerscreening ingår två övergripande delar i processen, dels själva screeningen som ett erbjudande med avföringsprov till invånare utan symtom på sjukdom. Denna del avslutas när svarsbrev skickas ut att provet var negativt och nytt erbjudande kommer om två år igen eller att FIT-testet var positivt och invånare kommer att erbjudas en koloskopi för vidare utredning. Fram till detta steg sker ingen dokumentation i Region Hallands journalsystem utan patientuppgifter finns i det nationella systemet. Den andra delen i processen startar när patienten kallas till en koloskopi. Då tar sjukvården i Region Halland vid och dokumentation sker från detta steg i patientens journal i Regionens journalsystem.

## Anledning till införande av tarmcancerscreening, kunskapsstöd, medicinska ställningstaganden och kvalitetsregister SveReKKS

### Varför tarmcancerscreening?

Socialstyrelsen rekommenderar screening för tjock- och ändtarmscancer för invånare 60-74 år. Enligt Socialstyrelsen kommer screeningprogrammet att sänka dödligheten i tjock- och ändtarmscancer med 15 procent. Vidare visar den hälsoekonomiska analysen från Socialstyrelsen att programmet har en låg kostnad per effekt, vilket innebär mindre än 100 000 kr per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår. Majoriteten av de patienter som diagnostiseras i ett screeningsprogram slipper tilläggsbehandling med strålning eller cytostatika. En begränsning i programmet är att testmetoden inte kan upptäcka polyper som inte blöder, men som ändå kan utvecklas till cancer. Tumörer som inte blöder kan inte heller upptäckas.

Socialstyrelsen rekommenderar användning av avföringsprov FIT som är relativt enkelt att använda, med intervallen två år mellan varje test. De som testar positivt blir kallad till koloskopiundersökning för att antingen avlägsna förändringar direkt eller ta vävnadsprover från förändringar för analys.



Bild som beskriver utrullningstakt och ordning av årskullar vid utrullning.

## Kvalitetsregister SveReKKS

Kvalitetsregister för koloskopi och kolorektalcancerscreening är nationellt i bruk sedan april 2019. Kvalitetsregistret behövs både som en del i uppföljningen av verksamheten och är integrerat med kallelsesystemet för att styra nästkommande kallelser till screeningprogrammet. HS har via Joakim Holmin och Fredrik Lindholm tillsett att inlogg finns. Registerhållare är Daniel Sjöberg, Region Dalarna.

Registreringen i SveReKKS är integrerat med det nationella kallelsesystemet, vilket gör att patienter som registreras i SveReKKS och som går in polypuppföljningsprogram inte blir kallade till ny tarmcancerscreening. Dock finns ingen automatisk åtgärd som gör att personer, som efter screeningkoloskopi fortsätts att följas inom sjukvården i enlighet med polypuppföljningsprogrammet och sedan anses färdiguppföljda, automatiskt kommer tillbaka till screeningprogrammet. Det måste i så fall meddelas särskilt.

Registrering i SveReKKS ska ske i samband med genomförd koloskopi och beräknas ta maximalt 10 minuter/registrering. Registreringen sker av koloskopisten.

I dagsläget finns ingen kostnad för deltagande i kvalitetsregister.

## Praktiska ställningstaganden gällande kallelsesystem och samordning

### Kallelsesystem

Det finns ett nationellt kallelsesystem, kallat GAS.

SCREESCO-studien (Screening of Swedish Colons) har visat att en enhet kan administrera en forskningsstudie i 18 regioner och dessa regioner har även arbetat i ett gemensamt IT-system, det innebär att det finns en erfarenhet av samlad lösning för detta område.

GAS (Gemensamt Administrativt Stödsystem) –IT-stödet för tjock-och ändtarmscancerscreening är en vidareutveckling av IT-stödet som använts av SCREESCO-studien och är i drift RCC Stockholm Gotland sedan april 2019.

Utvecklingen har bekostats av RCC i samverkan och RCC Stockholm Gotland (samlad kostnad ca 2 mkr). GAS är knutet till INCA-plattformen som regionerna tillsammans äger och som RCC i samverkan styr. Västra Götalandsregionen är värd för plattformen och juridisk huvudman och som Region Halland vid beslut får skriva avtal gällande användandet. Kostnaden per år för Region Halland beräknas bli mellan 67 tkr-101 tkr/år beroendes på hur många regioner som ansluter sig.

Gruppens bedömning är att det är av värde att använda det nationella kallelsesystemet för att kunna docka an mot det gemensamma samordningskansliet, GSK. Erfarenheten i Region Halland gällande kallelsesystemet som användes vid SCREESCO-studien är god.

Systemförvaltningens analys visar att GAS bygger på samma "Kärna" som RHKS, det kallelsesystem för screening som idag används i Region Halland. För att undvika att få in fler system som stödjer liknade processer i Region Hallands systemmiljö hade det därför varit önskvärt att utveckla RHKS med samma funktionalitet som GAS. Leverantören skulle efter beställning av Region Halland kunna göra en utveckling i vårt befintliga RHKS så att det motsvarar den funktionalitet som "GAS" erbjuder men det skulle inte bli billigare än att välja GAS. Bedömningen är också att det just nu inte finns den tid som behövs för att utveckla befintligt RHKS till att även omfatta behovet som tarmcancerscreening kräver. Region Halland skulle också själv få ta ansvar för utveckling och anpassning som behöver göras om vi väljer att använda "eget" systemstöd istället för GAS.

Leverantören (Insieme) rekommenderar oss därför att välja GAS som systemstöd. Målet från leverantören är att man i en framtid ska kunna utgå från samma systemstöd (RHKS) som då har olika moduler beroende på vilken screening som avses.

Utöver licenskostnaden för GAS tillkommer kostnader för förvaltning av GAS. Hur mycket är avhängt om Region Halland väljer att nyttja tjänsten Gemensamt samordningskansli - GSK eller ej. Utifrån tillgänglig fakta och information från möte med leverantör och RCC Väst erhåller vi merparten av det förvaltningsstöd som krävs för systemet om vi väljer att teckna avtal om att nyttja tjänsten GSK (2,2 miljoner kronor). Det vi då enbart kommer att behöva i egen organisation är en utsedd kontaktperson gentemot förvaltare av GAS.

Om Region Halland beslutar att inte nyttja GSK krävs det egen bemanning i vår systemförvaltning för att bli säkra supportfunktion och integrationer med olika labb/systemstöd (i och utanför Halland). Notera att licenskostnader för SveReKKS och GAS inte ingår i GSK. Om finansiering av framtida utvecklingsbehov fullt ut täcks vid nyttjande av GSK framgår inte.

### Breven i kallelsesystemet

Det finns nationella brev som kommer att användas, brev finns för Erbjudande om självprovtagning, omprov, påminnelse, svarsbrev positivt och svarsbrev negativt. Det kommer att finnas en juridisk text längst ner på alla breven som kommer att användas gemensamt i Sverige Det är en text som landstingsjuristerna har varit med och formulerat. Den tar upp personuppgifter, kvalitetsregister, SveReKKS, aktuella lagar och vart man vänder sig om man inte samtycker personuppgiftsregistrering. Övrig text i dessa brev formuleras av NAG (Nationella arbetsgruppen för screening) och kommunikatörsnätverket i Sverige.

### Gemensamt samordningskansli-GSK för tidig upptäckt av tjock- och ändtarmscancer

Region Halland kommer att i någon form behöva genomföra administrativt arbetet gällande tarmcancerscreening. Gällande den första delen i processen så handlar detta arbete om att skicka inbjudan för FIT, svarsbrev och kommunikation om remitteringar till koloskopi. Vidare behövs genomföras upphandling och inköp provtagningskit i form av FIT samt medföljande analys av FIT. Det behövs även skrivas avtal med leverantörer för plock, packning, transporter av kallelser och provtagningskit samt avtal med laboratorium för analys av upphandlat FIT.

RCC Stockholm Gotland har av RCC i samverkan utsetts till stödjande RCC då de har administrerat screening för tjock-och ändtarmscancer i Region Stockholm sedan 2008 och Region Gotland sedan 2009. Region Stockholm genom RCC Stockholm Gotland kan inom ramen för ett gemensamt samordningskansli (GSK) administrera screening för andra regioner. GSK innebär att samordning av personal sker genom samordningssjuksköterskor som kan administrera screeningprogrammet, sjuksköterskorna kan bistå varandra vid ledigheter och sjukdom. Ytterligare spetskompetens för screeningfrågor så som verksamhetsutvecklare, statistiker, IT-stöd och administration är knutet till programmet.

## Följande ingår vid anslutning till GSK

Personal för att administrera screening såsom 2-3 samordningsköterskor, verksamhetsutvecklare – läkare, statistiker, lokalt-IT-stöd, arbetsledning, administrativt stöd.

Utskick av inbjudningar till avsedd population med provkit, sända omprov, påminnelser samt provsvarsbrev, remittering av selekterade till regionernas endoskopienheter, planering för årets utskick inklusive beställningar av provtagningsmaterial, följa upp att remitterade åtgärdas på regionernas endoskopikliniker och kommunikation med befolkningen.

Inköp av provtagningsmaterial

Analys av prover på centralt laboratorium

Porto, plock och pack av inbjudningar och provkit och tryckning av inbjudningar

Fakturakontroller.

Statistisk kvalitetsuppföljning.

FoU

RCC Stockholm Gotland har upphandlat prov –FIT, OC-sensor, från SERO AS (Eiken) där beställning kan utökas för större populationer utan ytterligare upphandling.

RCC Stockholm Gotland har vidare definierade kravspecifikationer och avtal med samarbetspartners såsom Postnord/Strålfors och Karolinska universitetslaboratoriet (analysapparater kompatibla med upphandlat FIT). Vidare är det säkerställt att det gemensamma administrativa stödsystemet (GAS) är kompatibelt med samarbetspartners såsom Postnord/Strålfors och Karolinska universitetslaboratoriet.

Materialet är utarbetat i samarbete med PostNord/Strålfors och i enlighet med Folkhälsomyndighetens regelverk för att sända medicinska prover per post.

## Varje region som ansluter till GSK ta ansvar för följande

Meddela GSK vilka endoskopienheter som ska anslutas och kontaktpersoner på dessa.

Utföra koloskopier, GSK remitterar selekterade till respektive regions endoskopienheter.

Ansvar för koloskopin ligger hos respektive region. Detta innefattar att endoskopienheterna efter remiss från GSK ska kalla, förbereda, undersöka patienterna, samt följa upp patienterna relaterat till koloskopiutfall. Dokumentation sker i regionens journalsystem from att patient remitteras till endoskopienhet.

Medicinska bedömningar av selekterade remitterade.

Uppföljning av undersökta patient som leder till fortsatt uppföljning i polypuppföljningsprogram.

Behandling och uppföljning av undersökta patienter som leder till cancerdiagnos.

Registrering i kvalitetsregistret SveReKKS.

Åtgärda fel och brister som uppkommer vid kvalitetsuppföljning.

Hantering av eventuellt lokalt IT-stöd /kostnad för anslutning till GAS.

Ansvar för utrustning, lokal och personal etc. på endoskopienheterna.

Beslut om eventuella patientavgifter, DRG-registreringar etc.

## Kostnader för GSK och andra alternativ för Region Halland

Beräknad kostnaden för Region Halland baserat på att 75 procent nationell anslutning till GSK, 2018 prisnivå vid fullt utbyggt program 60-74 år är 2,2 mkr/år.

Det finns två alternativ, antingen ansluter Region Halland sig till GSK och köper tjänsten eller så skapar Region Halland en egen organisation för detta. Det kan finnas potential att nationellt samordna detta arbete, både för att minska arbetsbelastning, säkerställa drift och förutse kostnader i Region Halland. Nackdelen är att Region Halland i mindre omfattning kan påverka processer och innehåll. Erfarenheten från SCREESCO-studien då samordningen hölls ihop av SLL är god.

Rekommendationen är att Region Halland ansluter sig dels för att goda erfarenheter finns utifrån deltagande i SCREESCO-studien och dels att det bedöms finnas samordningsvinster med stordrift gällande denna standardiserade verksamhet, ffa bemanning av samordningssköterskor för screening. Om en anslutning till GSK beslutas inte ska genomföras eller av annan orsak inte är möjlig så får Region Halland skapa en organisation om ombesörjer det som är beskrivet ovan.

### Samordnandefunktion på Endoskopimottagningen, HS gällande tarmcancerscreeningkoloskopier

Provsvaret kommer att sändas via post till aktuella patienter. Det sänds både från screeningkansliet och från endoskopienheten, med information om att provet behöver kompletteras och att personen ska ringa upp endoskopienheten samt att personen även kan kontakta kansliet per telefon och mejl för frågor om sitt provsvar. Det är dessa samtal som många gånger avgör om personen väljer att genomföra sin koloskopi eller inte.

Det bedöms att en samordnande funktion på behövs i Region Halland med uppdrag att boka patienter till screeningkoloskopier. I arbetsuppgifter ingår även att svara på frågor från patienter inför koloskopi. Erfarenheten, både ifrån SCREESCO-studien och från verksamheten i Stockholm, gör att verksamheten bedömer att bokning via telefonsamtal är nödvändigt. Uppskattningsvis bedöms det kräva en 25 procenttjänst i Halland. Tjänsten behöver kunna ersättas vid semester odyl.

Utskicken anpassas under året så att de som är sist i kedjan, dvs endoskopienheterna ska drabbas så lite som möjligt och kunna bedriva en minimerad verksamhet under sommaren och jul/nyårshelgen.

## Koloskopier

### Screeningkoloskopier

Kapacitet för att kunna genomföra koloskopier är en av de största utmaningarna gällande tarmcancerscreening. För att kunna räkna på behov har preliminära siffror från Screesco-studien använts vilka visar att 70 procent skickar in FIT och mellan två-tre procent behöver koloskoperas. Ca 90 procent av de som erbjuds koloskopi genomför undersökningen.

Se bild nedan för antal invånare/åldersgrupp med utrullning på fem år utifrån 60 år och uppåt för beräkning av antal provkit, antal inskickade prov vid 70 procentsnivå och behov av screeningkoloskopier. Beräkna på invånarantal 2019-10-14.





Att utrusta ett rum avsett för koloskopiverksamhet beräknas kosta ca 4 mkr och då är kostnader för instrument och alla tillbehör inkluderade, inga ombyggnadskostnader.

Bedömning görs att en 100 procent tjänst som utför koloskopier behövs för att täcka behovet av att kunna utföra ytterligare 1000 koloskopier/år. Denna tjänst kan fördelas mellan sjuksköterska med skopiutbildning eller läkare med skopistkompetens. Screeningkoloskopier bör utföras av en erfaren skopist som bör ha genomfört minst 1000 koloskopier och fortsättningsvis bör gör minst 200, helst 300 koloskopier/år. Då screeningprogrammet förutsätter koloskopikapacitet måste en långsiktig planering finnas för att säkerställa kompetens och därmed kapacitet. Det tar två år att utbilda en sjuksköterska till skopist och sedan ska 1000 koloskopier genomföras för att kunna koloskoper patienter i ett tarmcancerscreeningprogram. Tiden för en ST-läkare att kunna genomföra screeningkoloskopier är nästa motsvarande samma tid det tar att utbilda en sjuksköterska.

För att kunna genomföra koloskopier behövs också två assistenter, 100 procenttjänster, som assisterar och omhändertar patienter i samband med undersökningen samt en medarbetare som utför skopivård på 25 procent.

Det kommer också att krävas en något utökad medicinsk sekreterarkapacitet för att dokumentera och koda i samband med koloskopering.

## Fler PAD och fler röntgenundersökningar

Bedömning görs att ca 300 PAD till kommer att genereras vid fullt utrullad tarmcancerscreeningprogram. Varje PAD kostar idag minst 514 kr beroende på antal biopsier som tas, vilket då genererar en kostnad på minst motsvarande 150 tkr/år.

Patologavdelningen har kapacitet att omhänderta den ökande provmängden som kommer genereras.

Bedömning görs att färre än fem extra CT-kolon kommer att behövs/år pga att koloskopi inte kan genomföras.

## Polypuppföljningsprogram och remittering vid misstänkt tjock- ändtarmscancer

Vid fynd av polyp i samband med koloskopi som föranledning uppföljning finns ett Nationellt program för polypuppföljning där uppföljning kan ske efter sex månader, tre år, fem år och/eller 10 år beroende av polyp. Om patient kommer att inkluderas i detta program kommer patienten inte att kallas till tarmcancerscreening under tiden.

Vid fynd i samband med koloskopi som föranleder välgrundad misstanke om tjocktarmscancer ska patienten inkluderas i SVF. Vidare handläggning enligt ordinarie rutiner på kliniken.

## Kostnad för patient

Enligt lag är idag screening för bröstcancer med mammografi och cervixcancer med gynekologiska cellprover kostnadsfritt. Aortascreening av 65-åriga män i Region Halland kostar 150 kr.

Det finns ingen lag om kostnadsfri screening för tarmcancer. Region Halland behöver ta ställning till kostnad för patienter som deltar i tarmcancerscreening vid ett eventuellt införande. Patienten kommer också att behöva införskaffa laxermedel som skrivs ut på recept inför koloskopin.

## Information till invånare, medarbetare, beslutsfattare

Ett införande av screening kommer att kräva informationsinsatser gentemot olika målgrupper och behöver ske i samverkan med flera aktörer. Att informera invånare om screeningen och betydelsen av att delta är en viktig kommunikationsinsats för att skapa ett högt deltagande.

RCC i samverkan och SKL ger nationellt stöd i form av enhetliga underlag och grundmaterial för kommunikation till invånare. Revidering av befintligt material samt framtagande av ny information på 1177.se kommer att lyftas nationellt. RCC tar fram underlag för fyra olika typer av kommunikationsinsatser.

1. Kommunikation inför införande av screeningprogrammet
2. Kommunikation för genomförande av screeningprogrammet
3. Basinformation om screening för tjock- och ändtarmscancer
4. Påverkande kommunikation för högt deltagande

Inför ett införande av screeningprogram för tarmcancer behöver Region Halland en kommunikationsplan som utgår från Hallands förutsättningar. Att förbereda invånare, och även medarbetare och andra identifierade målgrupper, på kommande screeningprogram är av betydelse för ett bra införande.

## Patientperspektivet

När en invånare får beskedet att det är lämpligt att genomföra en koloskopi i den vidare utredningen är det av största vikt att detta förmedlas av en kunnig profession för att frågor ska kunna ställas vid detta tillfälle. Detta samtal handlar förmodligen inte enbart av att boka en tid utan frågor bör kunna besvaras för att lugna och guida oroliga patienter. Att det sedan finns tillgång till kunnig profession via telefon är också ett uttryckt behov så frågor som uppstår ska kunna besvaras.

Gällande generell information vid start av ett screeningprogram framförs att detta bör genomföras då invånarna behöver information om vad som kan förväntas av programmet.

## Totala kostnader

Nedan finns en uträkning av kostnader utifrån kartläggningen som är gjord. Inräknat är administrativa kostnader, rörliga kostnader (ffa ökning av koloskopikapacitet) och viss investeringskostnader. Ombyggnadsbehov är inte omhändertagna i kalkylen.

	År1	År2	År3	År4	År5
<b>Administrativa kostnader</b>					
Kallelsesystem	101	104	107	110	114
GSK	2 200	2 266	2 334	2 404	2 476
Samordningsfunktion	135	139	143	148	152
Informationsinsatser					

sa: administrativa kostnader	2 436	2 509	2 584	2 662	2 742
<b>Rörliga kostnader</b>					
antal/år i utökning	636	716	887	963	1 062
Ökad skopivolym, 850-1050 st*	4 643	5 384	6 669	7 241	7 985
sa: rörliga kostnader	4 643	5 384	6 669	7 241	7 985
<b>Utökning skopiutrustning</b>					
investeringskostnad 4 mnkr	800	800	800	800	800
<b>Totala kostnader**</b>	<b>7 879</b>	<b>8 693</b>	<b>10 054</b>	<b>10 703</b>	<b>11 527</b>

\* Beräkning gjord utifrån totalkostnad per skopi på 7300kr. Marginalkostnaden för utökning av antal skopier borde vara lägre. Dessvärre har vi inte lyckats få ta del av detaljerna i kalkylen.

\*\* Ev. ombyggnadskostnader eller övriga investeringar i fastigheten är inte medräknade här. En ökning av antal skopier kan komma att medföra ökade lokalbehov.

Totalt beräknas att ett full utrullat tarmcancerscreeningprogram kommer att kosta ca 11,5 mkr i Region Halland.

## Bilaga 1

### Processgrupp:

Joakim Holmin, öl, HSH,

Fredrik Lindholm, öl, HSV,

Åsa Fred, VC/öl, ADH,

Daniel Nisser, öl, processledare kolorektalcancer, HSH,

Jonny Norrby, öl, HSK,

Malin Åsheim-Persson, ssk, HSH,

Karin Westmark, ssk, HSV,

Anki Hjort, med sekr, HSV,

Majken Brandt Nielsen, AC, HSH,

Jonas Nilsson, AC, HSV,

Anna Backman, AC, HSK,

Göran Lindh, systemförvaltning, HoS, RK,

Per Bilén, ekonomi, RK,

Elisabeth Funkqvist, kommunikation, RK,

Maria Pettersson, HR, HS, (har inte deltagit genomlysningen)

Leif Eskelid, patientrepresentant.

Inköp (har inte deltagit i genomlysningen)

Sammanhållande Jeanette Törnqvist, strateg, HoS, RK.

