



Införandeplan för screening av tjock- och ändtarmscancer i Region Blekinge, april 2022

Peter Andersson
Irene Karlsson
Monica Olsson
Mia Dreier

28 februari 2022, version 01

Innehållsförteckning

1 Grundläggande information	3
1.1 Sammanfattning	3
1.2 Syfte	3
2 Mål	4
2.1 Effektmål	4
2.2 Införandemål	4
3 Krav på projektet	5
3.1 Förutsättningar	5
3.2 Avgränsningar	5
4 Beslutspunkter	5
5 Planer	6
6 Intervall	6
7 Screeningtest	6
8 GAS – gemensamt administrativt stöd	6
9 GSK (gemensamt samordningskansli)	7
10 Screeningsprocessen, flödesschema	7
11 Kvalitetsuppföljning av koloskopiverksamheten	8
12 Kostnader och Budget	9
13 Kommunikation	9
14 Aktiviteter	10
15 Risker	14
16 Ansvar och rekommenderat arbetsflöde	15
16.1 IT-systemet GAS (gemensamt administrativt system)	15
16.2 GSK (gemensamt samordningskansli)	15
16.2.1 Ansvar GSK	15
16.2.2 Ansvar anslutande region	16
16.3 Utskick och remittering från GSK via GAS	17
16.4 Screeningsprocessen, flödesschema	18
16.5 Arbetsflöde på regionens endoskopienheten	20
16.5.1 Krav på endoskopienhet;	20
16.5.2 Krav på utrustning på enheten	22
16.5.3 Bokning av screeningpatient – Rekommenderat arbetsflöde	22
17 Referens	23

1 Grundläggande information

Sammanfattande översikt över införande	
Åldersgrupper	Kvinnor och män 60-74 år gamla
Intervall	2 år mellan test
Test	FIT
Start screening	Q 2, år 2022
Tid för införande	4-5 år, klart Q1 år 2026
Inklusion åldersklasser	Inklusion 2022; födda -58, -60, -62.
Kallelsesystem	Nationellt system, GAS
Nationellt samordningskontor	Gemensamt samordningskontor GSK
Samordningsfunktion	En tjänst på 50 % from 1 april 2022
Koloskopier	Utförs på kirurgmottagningen i Karlshamn
Antal koloskopier 2022	Ca 90 st. (30 koloskopier/årskull)
Kvalitetskriterier	Nationella kriterier
Kvalitetsregister	SveReKKS
Ökat antal koloskopier	Ca 270/år från år 5, (30 koloskopier/årskull)

1.1 Sammanfattning

Landstingsstyrelsen beslutade 2018-09-24 att påbörja populationsbaserad screening av tjock- och ändtarmscancer för personer mellan 60-74 år i Region Blekinge med start av förberedelser 2019. Screening ska erbjudas alla kvinnor och män mellan 60-74 års ålder och starta april 2022 och ska vara fullt införd december 2025.

Tjock- och ändtarmscancer är den tredje vanligaste cancerformen i Sverige med drygt 6 900 nyinsjuknade per år. Cancerutvecklingen sker vanligen från polyper under 10–15 års tid, vilka förekommer hos drygt 15 % av männen och 10 % av kvinnorna vid 60 års ålder, varefter prevalensen ökar med stigande ålder. Prognosen vid tjock- och ändtarmscancer är främst avhängig av i vilket stadium cancer diagnostiseras. Dessa förhållanden tillsammans med att tjock- och ändtarmscancer uppfyller de generella WHO-kraven för screening, gör det angeläget att införa ett screeningprogram. Det beräknas att minst 300 dödsfall årligen kommer att undvikas i Sverige. Vilket för Blekinge innebär ca 7 personer årligen.

1.2 Syfte

Huvudsyftet med screening för tjock- och ändtarmscancer är att minska mortaliteten i sjukdomen. Detta sker dels genom att den påvisas i ett tidigare skede (lägre stadium), dels genom att polyper diagnostiseras och exstirperas. Metoden som rekommenderas är populationsbaserad, det vill säga ett erbjudande till samtliga personer med normalrisk för tjock- och ändtarmscancer i åldersklasserna 60–74 år att testa sig för eventuell förekomst av ockult blod i avföringen vartannat år (de med förhöjd risk som vid till exempel ärftlighet

erbjudes särskilda kontrollprogram). Sannolikheten att tjock- och ändtarmscancer blöder ökar med mer avancerat stadium och för polyper med ökande storlek. Analysmetoden är immunologisk och detekterar specifikt humant globin (FIT = Fekalt ImmunTest). Testprestanda i form av sensitivitet och specificitet är relaterat till ett flertal faktorer, vilka diskuteras i vårdprogrammet. Med screeningprogrammets utformning kommer cirka 2,5 % av de testade att uppvisa blod i avföringen och erbjudas vidare utredning med koloskopi. Flest insjuknar i tjock- och ändtarmscancer mellan 70 och 74 års ålder. Om man screenar vid för hög ålder minskar effekten på grund av ökad risk för död av annan orsak än screenad sjukdom. Genom att screena från 60 års ålder ökar sannolikheten för att man hittar polyper som kan avlägsnas och mycket tidig cancer som går att bota. Region Blekinge har redan beslutat att följa samma åldersspann som rekommenderas nationellt, 60-74 år.

2 Mål

2.1 Effektmål

- Vid fullt införd screening, dvs december 2025, minskning av mortaliteten med 15 %.
- Minskning av morbiditet i tjock- och ändtarmscancer.
- Minskning av antalet patienter med avancerad cancer.
- Minskat behov av onkologisk behandling av tjock- och ändtarmscancer.

2.2 Införandemål

- Start av screening Q2 (april) 2022.
- Resurser och logistik är planerat för ett införande på 4 år, dvs till årsskiftet 2025-2026.
- Logistik, flöde, resurser och kompetens är planerat och säkrat till de behov som screeningen kräver uppstart Q2 2022.
- Planering för screeningtakt av de olika kohorterna finns.
- Region Blekinge ansluter sig till GAS (gemensamt administrativt system)
- Region Blekinge tecknar avtal med GSK (gemensamt samordningskansli) Stockholm/Gotland.
- Samordningsfunktion, 50 % from 1 april 2022.
- Koloskopiverksamheten har förutsättningar att ta emot det beräknade antalet koloskopier som screeningen orsakar.
- Patologen har förutsättningar att analysera ett ökat antal biopsi-material.
- Inför uppstart har screeningverksamheten kommunicerats till allmänheten via olika kanaler.
- Inför uppstart har screeningverksamheten kommunicerats till övriga verksamheter och medarbetare.
- Resurser, lokaler och nödvändiga kompetenser är på plats inför start, april 2022.

3 Krav på projektet

3.1 Förutsättningar

- Resurser, (ekonomiska, personal, kompetens, lokaler och utrustning), är säkrade så att individer som går in i screeningen kan följa flödesschemat och få de interventioner som utlovas.
- Screeningen resurssätts adekvat i förhållande till arbetsinsats.
- Samarbete med övriga regioner i SSVR för att effektivisera arbetet samt likabehandling gentemot invånarna.
- Korrekt hantering av kontrakt- och avtalsskrivning samt personuppgiftshantering
- Tekniska integrationer är i funktion.

3.2 Avgränsningar

Denna införandeplan är för att underlätta förberedelser och planering inför uppstart. Efter uppstart anses screeningen vara en del av ordinarie verksamhet och projektets ansvar avslutas här.

Projektet kommer inte att:

- Ansvara för uppföljning och utvärdering av screeningen.
- Ansvara för uppföljning av effektmålen.
- Ansvara för screeningen i verksamheten efter uppstart då går screeningen i ordinarie verksamhet.

4 Besluts punkter

Beslut	Benämning	Kommentar	Datum
BP1	Landstingsstyrelsen	Beslut av landstingsstyrelsen. Landstingsdirektören fick i uppdrag att utreda vilka ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser tjock- och ändtarmscancer innebär för Region Blekinge	2018-09-24
BP2	Regionstyrelsen	Regionstyrelsen anser sig ha tagit del av redovisning – av ekonomiska och verksamhetsmässiga konsekvenser tjock- och ändtarmscancer innebär för Region Blekinge.	2019-03-18
BP3	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att starta screening med början 2020 tjock- och ändtarmscancer. OBS uppstart framflyttat till april 2022. Screeningen ska vara fullt införd årsskiftet 2025-2026.	2019-03-28
BP4	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att säkra att Region Blekinge ansluter sig till GAS (gemensamt kallelsesystem) och GSK (gemensamt samordningskontor).	2019-03-28
BP5	Hälso- och sjukvårdsnämnden	Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att säkra att Region Blekinge använder sig av nationella kvalitetskriterier för koloskopi under screeningen.	2019-03-28
BP6	Godkännande av införandeplan	Birgitta Friberg, chef specialiserad vård, godkänner införandeplan. Göran Dellgren, verksamhetschef, kirurgkliniken.	Februari 2022

5 Planer

Planeringsfas 2019-08-15 – Q2 2022

Genomförandefas Q2 2022 – Q4 2025 (införandeplanen berör uppstart/planeringsfas av screening)

Plan inkludering av åldersgrupper i screeningen.

År	Födelseår för inklusion							
2022	1962	1960	1958					
2023	1963	1961	1959	1957				
2024	1964	1962	1960	1958	1956	1954	1952	
2025	1965	1963	1961	1959	1957	1955	1953	1951

6 Intervall

Socialstyrelsen rekommenderar screening vartannat år. Region Blekinge kommer att följa rekommendationen. Polyper som är förstadier till tjock- och ändtarmscancer liksom tidig cancer blöder intermittent. Genom återkommande test ökar sannolikheten för att polyper och tidig botbar cancer upptäcks. Det tar 10-15 år för en polyp att övergå i cancer.

7 Screeningtest

FIT=Fekalt (avförings-) immunokemiskt test mäter humant blod. Socialstyrelsen rekommenderar FIT. Till skillnad från tidigare test för blod i avföringen krävs inte någon särskild diet eftersom FIT inte mäter blod i födoämnen (kött). FIT behöver bara tas en gång i stället för tidigare test som krävde tre tester. Studier visar dessutom att fler individer lämnar in FIT jämfört med tidigare test. Region Blekinge kommer att använda FIT.

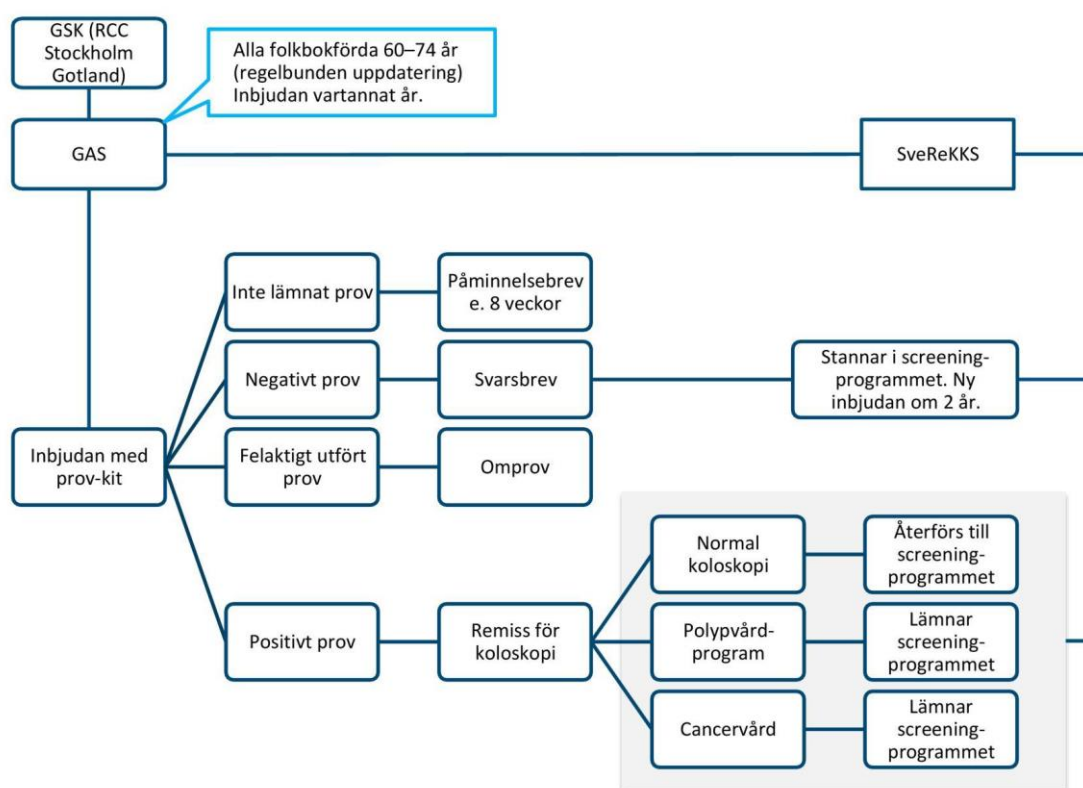
8 GAS – gemensamt administrativt stöd

GAS är ett digitalt kallelsesystem. Kallelsesystemet kommer att användas av GSK för att samordna screeningprogrammet. Screeningssk på endoskopienheten kommer att arbeta i GAS med kallelser till koloskopi och uppföljning av dessa. GAS är en vidareutveckling av IT-stödet som använts i SCREESCO-studien och i drift vid RCC Stockholm Gotland sedan april 2019. GAS är knutet till INCA-plattformen som regionerna tillsammans äger och som RCC i Samverkan styr. Västra Götaland är värd för plattformen och juridisk huvudman. GAS kommer att kunna hantera screening av tjock- och ändtarmscancer för hela Sverige. Region Blekinge kommer att ansluta sig till systemet. För mer information se s. 14.

9 GSK (gemensamt samordningskansli)

Det Gemensamma samordningskansliet (GSK) utgör den samlade organisationen med samordningssjuksköterskor som framför allt arbetar med stöd av det gemensamma IT-stödet (GAS) och till viss del även med kvalitetsregistret (SveReKKS). Det är region Stockholm som erbjuder ett administrativt samordningsarbete, en så kallad screeningtjänst, till andra regioner mot en årlig kostnad. Region Blekinge har beslutat ansluta till screeningtjänsten. För mer information se s. 15.

10 Screeningsprocessen, flödesschema.



Den population som ska erbjudas deltagande får hem ett erbjudandebrev till sin folkbokföringsadress om att lämna avföringsprov för att detektera dolt blod i avföringen. Brevet innehåller information om screeningerbjudandet, en provtagningstub och en provtagningsinstruktion i text och bild. För att kunna returnera provtagningstuben innehåller det även förfrankerat vadderat svarskuvert.

Deltagarna har sex månader på sig att göra sitt prov.

Vid selektion av individer med ett positivt prov (fynd av osynligt blod i avföringen) sker remittering, inom Regionens GAS, för uppföljande koloskopi till en i regionen avtalad endoskopienhet.

Provsvaren fördelas som positiva, negativa och felaktiga. Felaktiga prov beror oftast på att provtagningsdatum saknas på prov-tuben eller att prov-tuben har kommit till laboratoriet

senare än 14 dagar från provtagning. Felaktiga prov genererar att individen får ett nytt brev med begäran om omprov.

De som inte returnerat sitt prov får ett påminnelsebrev efter 8 veckor om möjligheten att göra sitt prov.

På samma sätt skapas det filer i GAS för negativa provsvar och positiva provsvar vilka sänds på samma sätt som övriga brev till medborgarna.

Positiva provsvar från laboratoriet leder till att individerna elektroniskt remitteras inom GAS från kansliet till den endoskopienhet som ska genomföra koloskopin.

Screeningsjuksköterskorna på endoskopienheterna får inom GAS sin remitteringslista med nya remitterade. De börjar sedan arbeta med patienterna som ska kontaktas och bokas in. De sänder ett nationellt standardbrev med endoskopienhetens egna kontaktuppgifter tillagda, så att den selekterade patienten kan kontakta dem.

De selekterade screening-patienterna är inte förberedda på det positiva provsvaret och har till skillnad mot patienter remitterade för koloskopi från annan sjukvårdsenhet inte förberetts i ett samtal med en läkare. Därför är detta telefonsamtal med en screeningutbildad endoskopisjuksköterska nödvändigt i processen, så att patienten verkligen kan göra ett informerat val avseende att genomföra sin screeningkoloskopi. Vid telefonsamtalet erbjuder endoskopisjuksköterskan en koloskopitid.

Efter genomförd koloskopi ansvarar endoskopienheten för att remittera de individer som diagnostiserats med tjock- och ändtarmscancer vidare inom sjukvården för behandling och uppföljning enligt gällande vårdprogram och SVF för tjock- och ändtarmscancer. De som diagnostiseras med polyper av sådan allvarlighetsgrad att de ska fortsätta att följas enligt gällande polypvårdprogram ansvarar endoskopienheten för att de remitteras vidare inom sjukvården. De individer som inte har patologiska fynd som föranleder fortsatt omhändertagande inom sjukvården återgår automatiskt till screeningprogrammet genom information från SveReKKS till GAS. Där de på nytt kan erbjudas screening efter 2 år om de fortsatt är inom korrekt åldersintervall.

11 Kvalitetsuppföljning av koloskopiverksamheten

Kvalitetsuppföljning kommer att ske i enlighet med Socialstyrelsens 13 kvalitetsindikatorer

Exempel på indikatorer

- **Provtagningsfrekvens**
 - En provtagningsfrekvens på mer än 45 % av målpopulationen är nödvändig för att uppnå önskvärd effekt av screeningprogrammet.
 - Eftersträvarnivå är mer än 65 %.
- **Koloskopifrekvens**
 - Mer än 85 % av de som testas positiva för blod i avföringsprovet bör genomgå koloskopiundersökning.
 - Eftersträvarnivå är mer än 90 %.

Vid screening av tjock- och ändtarmscancer är kvalitetskriterierna helt avgörande för resultatet av screening. Om dessa inte uppfylls är det bättre att avstå från screening.

Nationella kvalitetsregistret 'Svenska registret för koloskopier och tjock- och ändtarmscancer-screening (SveReKKS) är en förutsättning för att kunna uppfylla såväl EU:s som Socialstyrelsens rekommendationer om organiserad screening. Registret är initialt avsett särskilt för screening, men kan användas för alla koloskopier.

SveReKKS har tre syften;

1. Följa upp organiserad tjock- och ändtarmscancerscreening i Sverige.
2. Rapporterar tillbaka till kallelsesystemet vilka som efter en screeningkoloskopi inte längre ska ingå i screeningprogrammet, på grund av att de ingår i program för polypvård eller tjock- och ändtarmscancer.
3. Följa upp ALLA koloskopiundersökningar i Sverige även de som inte är inom tjock- och ändtarmscancerscreening.

12 Kostnader och Budget

I regionplanen 2022-2024 finns 1,5 mnkr avsatt för tarmcancerscreening (koloskopi-kostnader) på förfogandeanslaget.

Kostnaden för GSK är 120 kr/screeninginbjuden anger både fast och rörlig kostnad ihopbakat.

Kostnad för GSK år 2022 är 5400 x 120 kr; 648 000 kr.

Kostnader för 2022;

Post	Kostnad	
GAS	45 412 kr	
GSK	648 000 kr	72 000 kr/mån
Koloskopier (ca 90 koloskopier x 10 000 kr)	900 000 kr	
Samordningsfunktion 50 %	400 000 kr	
Sekreterarfunktion/SveReKKS	150 000 kr	
Totalkostnad	2,14 mnkr	

Patientavgift, politiskt beslut februari 2022

- Ingen avgift för screening provet
- De som behöver koloskopi 300 kr
- Laxabon på recept, ingår i läkemedelsförordningen, och därmed frikortsgrundande

13 Kommunikation

GSK

- Skickar ut nationella brev för erbjudande om deltagande, omprov, påminnelse om provtagning, svarsbrev positivt/negativt.
- Har daglig telefontid helgfria vardagar för medborgarnas frågor.

- Har funktionsmejl-brevlåda för medborgarnas frågor.
- Kontaktuppgifter finns i alla brev som skickas ut via GSK

1177/Vårdguiden

- Information om screeningprogrammet
- Film om hur provet görs.
- Vårdgivarguiden
- Information till vårdgivare

Inför start av screeningprogrammet i regionerna (se kommunikationsplan)

Övergripande mål för kommunikationsarbetet:

- Personal som arbetar i Region Blekinge ska ha kännedom om erbjudandet.
- Personal inom primärvården ska ha grundläggande kunskaper om hur det går till. Från erbjudande till eventuell undersökning.
- Invånare i Blekinge ska vara medvetna om anslutningen till det nationella screeningprogrammet.
- Den aktuella målgruppen som bor i Blekinge ska vara medvetna om att de kan komma att få hem ett erbjudande om provtagning.
- Invånare i Blekinge ska känna sig trygga med att genomföra provet och eventuella undersökningar efter
- Invånare i Blekinge ska veta hur man ska göra om man vill söka kontakt med Region Blekinge för att ställa frågor.

14 Aktiviteter

Aktivitet	Förtydligande	Ansvarig	Start och stop
1. Avtal GAS	Samverkansprojekt via RCC. Avtal skrivs med Västra Götalandsregionen som är värd för systemet och juridisk huvudman.	Peter Lilja Kontakt; Torbjörn Eles RCC Väst	Jan-feb 2022
2. Avtal GSK	Samverkansprojekt via RCC. Baseras på avtal/kontrakt med Dalarna.	Peter Lilja Kontakt; Stina Fuentes	Jan-feb 2022
Lokaler/utrustning kirurgmottagn. Karlshamn.			
3. Planering för hur lokaler och utrustning ska nyttjas.	Säkra att ändamålsenliga lokaler och utrustning finns för att kunna utföra screeningen på ett säkert sätt med hög kvalitet. Se <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u> • Krav på endoskopienhet se 13.3 • Krav på utrustning se 13.3	Göran Dellgren, Peter Andersson, Christine Johansson Monica Olsson	Jan 2022

Personal/kompetens			
4. Planering för hur personal och kompetens ska utnyttjas.	- En plan upprättas för hur personal och kompetens ska nyttjas. - Se Krav på koloskopist se 13.2 i <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u>	Göran Dellgren, Peter Andersson, Christine Johansson Monica Olsson	Jan 2022
5. Försörjning framtida koloskopister och assistenter	En översyn av det framtida behovet behöver göras för att säkra screeningverksamheten även om andra aktörer de första åren.	Göran Dellgren	Jan 2022
6. Möjlighet till sedering	Utbildning propofol-sedering	Göran Dellgren	Jan 2022
7. Säkra resurser för samordnings-funktion	Viktig funktion i att samordna screeningen. 50 % tjänst avsatt.	Göran Dellgren	Jan 2022
8. Säkra resurser för koloskopi-assistenter	Uppskattat behov 1,5-2 assistenter	Göran Dellgren	Jan 2022
9. Digital utbildning samordningsssk.	Digital utbildning av GSK för att få behörighet till GAS.	Göran Dellgren	Mars 2022
Kommunikation			
10. Kommunikation till allmänheten	Vg se kommunikationsplan	Ida Hultgren	Jan 2022
12. Kommunikation till professionen	Vg se kommunikationsplan.	Ida Hultgren	Jan 2022
13. Riktad information kallelser, svarsbrev etc	GSK tar fram mallar enligt förlaga Stockholm/Gotland och dalarna.	Nationell styrgrupp tjock- och ändtarmscancer	Mars 2021
14. Rekommendation kommunikation	Enligt NVP för Tjock- och ändtarmscancer se 15 <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u>	Programgruppen NVP	Jan 2022
15. Information till Primärvården	Hälsovalet	Peter Andersson Mattias Söderholm Håkan Friberg	Feb 2022
Ekonomi/Budget			
16. Avsätta resurser för screening	I förfogande anslaget för 2022-2024 finns 1,5 milj.kr. till screeningen. Behöver utökas för 2023 och 2024?	Göran Dellgren Lisa Forsell David Larsson	Budget-beredning 2022
17. Kostnader för analyser patologi	Informerade om beräknat antal 2022.	Angelica Kjellsson	Feb 2022
18. Kostnader för upptäckt av tysta cancarar	De första åren kommer kostnad för kirurgi, onkologi och palliation att öka när fler tysta cancarar hittas.	Göran Dellgren Lisa Forsell	Budget-beredning 2022
19. Utbildning	Utbildning till personal i screeningverksamheten	Peter Andersson Monica Olsson	Våren 2022

		Irene Karlsson	
Kvalitetssäkring			
20. Koloskopi-kvalitet	• Krav på koloskopist se 13.2 i <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u> • Krav på endoskopianhet se 13.3 • Krav på utrustning se 13.3	Göran Dellgren Peter Andersson	Jan 2022
21. Alla koloskopier ska registreras i SveReKKS. Direktöverföring från FVIS när implementerat.	Registret används för kvalitetsuppföljning. Forskning kommer även att kunna bedrivas utifrån registret. Bygger på INCA. Manuell imatning i nuläget. Se 20 <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u> för datainsamling, indikatorer och datauttag.	Göran Dellgren och ansvarig koloskopist.	Våren 2020
22. Säkra kompetens inom patologi.	Ett utökat antal analyser ska göras enligt se 14.5 <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u>	Verksamhetschef patologen.	Januari 2022
23. Ackreditering av koloskopister och koloskopienheter	Ev. kommer detta att införas.	Nationell styrgrupp kolorectal-cancer.	Planering pg
Rutiner – Flöde för screening som inte GAS-GSK ansvarar för.			
24. Schemalägga screeningkoloskopier i Karlshamn	Schemaplanering av kompetenta koloskopister.	Göran Dellgren Avd. chefer Planerare	Jan 2022
25. Rutiner för att kalla, utföra koloskopier – förbereda, undersöka samt följa upp patienterna relaterat till koloskopiutfall	Detta bör göras enligt instruktioner och kvalitetsindikatorer i <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u> • Bokning av screeningpatient se 13.5 • Uppföljning av patient som ombokar eller uteblir se 13.6 • Krav på förberedelser se 13.7 • Krav på undersökning se 13.8 • Handläggning under och efter koloskopi se 14	Peter Andersson, Monica Olsson, Irene Karlsson	Jan 2022
26. Telefon-tider. Upprätta funktionsbrevlåda	För att kunna kommunicera med deltagare.	Monica Olsson, Irene Karlsson	Mars 2022
27. Obligatorisk information vid bokning av koloskopi, hälsodeklaration	Lathund för viktig information till patienten.	Monica Olsson, Peter Andersson	Jan 2022

28. Avvikelsehantering	Enligt rutin.	Göran Dellgren, Monica Olsson, Peter Andersson	Jan 2022
29. Medicinska bedömningar av selekterade remitterade.	Utifrån medicinskt PM	Peter Andersson	Jan 2022
30. Uppföljning av de som går in i polypuppföljningsprogrammet.	Enligt befintliga rutiner på kirurgkliniken.	Ansvarig koloskopist/läkare	Jan 2022
31. Behandling och uppföljning av undersökta som leder till cancerdiagnos eller annan medicinsk diagnos.	Enligt befintliga rutiner på kirurgkliniken.	Ansvarig koloskopist/läkare.	Jan 2022
32. Registrering i kvalitetsregistret SveReKKS	Mallar, lathund och administrativt stöd.	Göran Dellgren Ansvarig koloskopist Sekreterare	Jan 2022
33. Informationsmöte till sekreterare		Monica Olsson	Feb 2022
34. Skapa rutiner för att fånga in patienter med ärftlig cancer	Handläggning av dessa patienter enligt se 9.2.5 <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u>	Ansvarig skopist	Feb 2022
35. Åtgärda fel och brister som uppkommer vid kvalitetsuppföljning	Enligt befintliga rutiner samt enligt <u>NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening</u>	Göran Dellgren Verksamhetschef	Jan 2022
36. Hantering av lokalt IT-stöd till GAS	Vid ev. ärenden.	Ann-Charlotte Andersson Anja Persson Förvaltning affärssystem	Okt 2021
37. Resebiljetter	Förbered rutiner för resebiljetter i kallelse	Monica Olsson	Jan 2022
38. Beslut om ev. patientavgifter och laxeringskostnad.	Politiskt beslut		Feb 2022
39. Utse en regional processledare för screeningen	Ansvarar för screeningprocessen och utveckling av rutiner och arbetssätt.	Peter Andersson, Överläkare	Jan 2022
40. Dokumentation, kodning, DGR.	Rutiner för dokumentation. Frastexter	Monica Olsson, Irene Karlsson Peter Andersson	Feb 2022

15 Risker

Identifiering av risker i införandet samt åtgärdsförslag.

Nr	Risker	Sannolikhet (S)	Konsekvens (K)	Riskvärde (S)*(K)	Åtgärdsförslag
1	Brist på koloskopister	3	5	15	God schema-planering
2	Bristande kompetens koloskopister	1	4	4	Träning och utbildning av koloskopister och schemaläggning
3	Brist på möjlighet till propofolsedering	4	3	12	God schema-planering och utbildning.
4	Resursbrist samordningsfunktion	1	5	5	Avsatt tid 50 %, 2 st. ssk.
5	Brist på assistenter	1	4	4	Nyanställningar gjorda
6	Brist i admin. stöd SveReKKS	1	4	4	Nyanställning gjorda.
7	Brist i utrustning	3	4	12	Avtal med leverantör.
8	Resursbrist patologin	3	3	9	Åtgärdsplan finns
9	Utvärdering av verksamhetens kvalitet	2	4	8	Registrering i SveReKKS Lokal uppföljning och analys
10	Brist i lokalt IT-stöd till GAS	1	4	4	Ansvariga personer på IT finns.
11	Avsatta resurser i budget för 2022	1	4	4	Förfogandeanslag 1,5 milj.
12	Kommunikation till PV	2	3	6	Se kommunikationsplan
13	Kommunikation till intressenter	2	3	6	Se kommunikationsplan
14	Kommunikation till målgrupp	2	4	8	Se kommunikationsplan

Sannolikhet

- 1 Låg
- 2
- 3
- 4
- 5 Hög

Konsekvens

- 1 Obetydlig
- 2
- 3
- 4
- 5 Katastrofal

16 Ansvar och rekommenderat arbetsflöde

16.1 IT-systemet GAS (gemensamt administrativt system)

GAS är ett digitalt kallelsesystem. Kallelsesystemet kommer att användas av GSK för att samordna screeningprogrammet. GAS är en vidareutveckling av IT-stödet som använts i SCREESCO-studien och i drift vid RCC Stockholm Gotland sedan april 2019. GAS är knutet till INCA-plattformen som regionerna tillsammans äger och som RCC i Samverkan styr. Västra Götaland är värd för plattformen och juridisk huvudman. GAS kommer att kunna hantera screening av tjock- och ändtarmscancer för hela Sverige. Region Blekinge kommer att ansluta sig till systemet.

- Uppdateras dagligen samt vid utskick mot Skatteverkets personuppgifter.
- Loggar in med SITHS kort efter personlig behörighet
- Personliga behörigheten begränsar åtkomst inom GAS.
- Olika URL till GAS för olika Regioner. Specifik URL samt GAS Manual meddelas i samband med att personlig behörighet lagts in i respektive regions GAS, via GSK kansliet.
- Ingen IT anslutning behöver byggas upp av anslutna regioner endast anslutning via URL adress; <https://gas.incanet.se>

- **GAS används enbart av:**

- samordningssjuksköterskorna på GSK
- screeningsjuksköterskorna på endoskopienheterna som hanterar de screeningselekterade

Västra Götaland är värd för plattformen och även juridisk huvudman. Är knutet till INCA plattformen som regionerna äger tillsammans och som RCC Samverkan styr. Utvecklingen har bekostats av RCC i Samverkan och RCC Sthlm Gotland.

16.2 GSK (gemensamt samordningskansli)

Det Gemensamma samordningskansliet (GSK) utgör den samlade organisationen med samordningssjuksköterskor som framför allt arbetar med stöd av det gemensamma IT-stödet (GAS) och till viss del även med kvalitetsregistret (SveReKKS).

16.2.1 Ansvar GSK

RCC Stockholm Gotland ansvarar inom ramen för GSK för samordning av organiserad populationsbaserad screening genom:

- Utskick av erbjudande om provtagning till avsedd population med provmaterial, sända omprov med provmaterial, påminnelse om provtagning samt positiva och negativa provsvarsbrev via GAS.
- Remittering av selekterade till regionernas endoskopienheter via GAS.
- Planering för årets utskick inklusive beställningar av provtagningsmaterial.
- Provtagningsmaterial för gällande prov, med fekalt immunologiskt test (FIT)

- Följa upp att remitterade patienter, via SveReKKS, att de koloskoperats på respektive regions endoskopikliniker.
- Kommunikation med befolkningen avseende screeningprogrammet, provtagningen, uppföljningen och andra screeningrelaterade frågor via telefon, mejl och andra kommunikationskanaler.
- Personal för att administrera screeningprogrammet såsom samordningssköterskor på kansliet, verksamhetsutvecklare (läkare), statistiker, lokalt-IT-stöd, administrativt stöd och arbetsledning.
- Att analys av prov blir genomfört och ansvarar för avtalet mellan GSK och laboratoriet.
- Avtal med leverantör av tjänsten porto, plock och pack av erbjudandebrev, provmaterial och tryck inbjudningar mm
- Fakturakontroller.
- Statistisk kvalitetsuppföljning

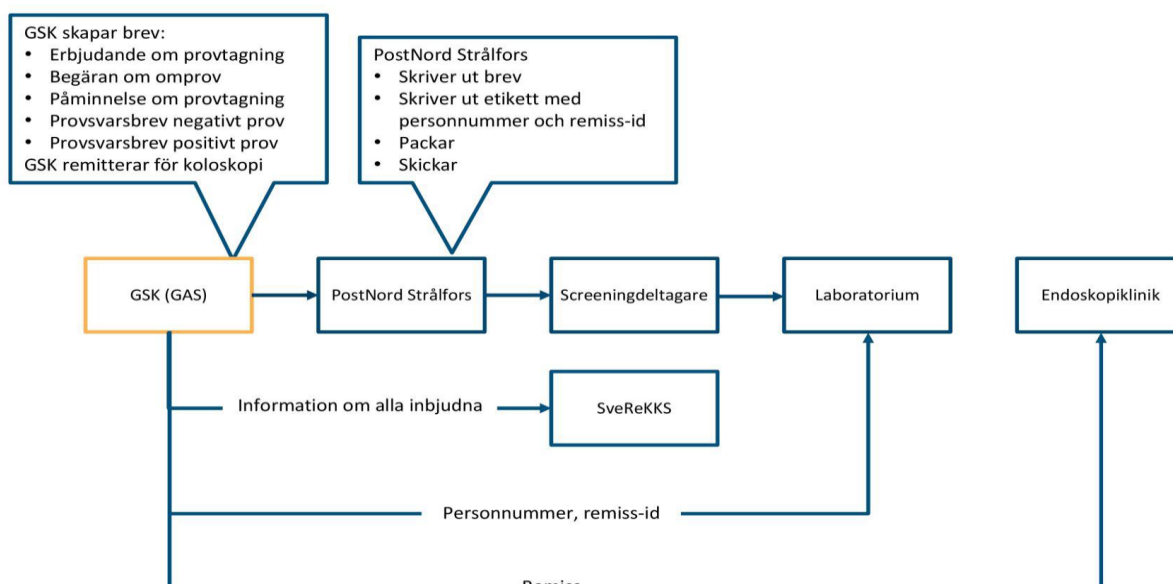
16.2.2 Ansvar anslutande region

Varje region som ansluter till GSK ansvarar för:

- att meddela GSK målgruppen för inbjudningar för respektive år senast 6 månader före driftstart och årligen därefter snarast men senast 6 månader innan.
 - att ge GSK fullmakt att söka ut målgruppen i regionens befolkningsregister.
 - att meddela GSK vilka endoskopienheter som ska anslutas och kontaktpersoner på dessa senast 6 månader före driftstart.
 - att ta över det medicinska ansvaret för patienten när GSK remitterat patienten för koloskopi, detta innebär för ansluten regions endoskopienheter
 - att kalla patienten till screeningkoloskopi
 - att erbjuda patienten en tid för undersökning inom en för tjock- och ändtarmscancerscreening rekommenderad tidsram angiven i det nationella vårdprogrammet.
- Brev bör sändas inom 7 kalenderdagar från att remiss kommit till enheten.**
Koloskopitid bör erbjudas inom 28 kalenderdagar från det datum telefonkontakt etablerats med patienten.
- att en legitimerad sjuksköterska vid koloskopienheten informerar om FIT-provsvaret och dess betydelse, samt övriga sedvanliga förberedelser inför koloskopi.
 - att medicinskt bedöma och vid behov åtgärda de screeningsselekterade patienter inför screeningkoloskopin.
 - att om koloskopi inte är genomförbar av medicinska skäl, ansvara för annan lämplig utredning sker såsom DT-kolografi
 - att laxermedel på recept skickas hem, eller hämtas på endoskopienheten enligt lokala rutiner.
 - att efter genomförd koloskopi ansvara för remittering till behandling vid diagnosticerad tjock- och ändtarmscancer eller för vidare uppföljning i polypvårdsprogram.
 - att registrering av screeningsselekterade personer sker i kvalitetsregistret SveReKKS.

- att åtgärda fel och brister som uppkommer vid kvalitetsuppföljning.
- att vara ansluten till GAS och betala kostnad för anslutning och förvaltning av GAS, SveReKKS och personuppgiftsregister.
- att utrustning, lokal och personal etc. på endoskopienheterna är i enlighet med fastställda särskilda krav för screening angivet i det nationella vårdprogrammet.
- att personalen på endoskopienheterna har för uppdraget adekvat utbildning och kompetens och får den kompetensutveckling som erfordras i enlighet med fastställda särskilda krav angivet i det nationella vårdprogrammet.
- att besluta om eventuella patientavgifter, DRG-registreringar etc.

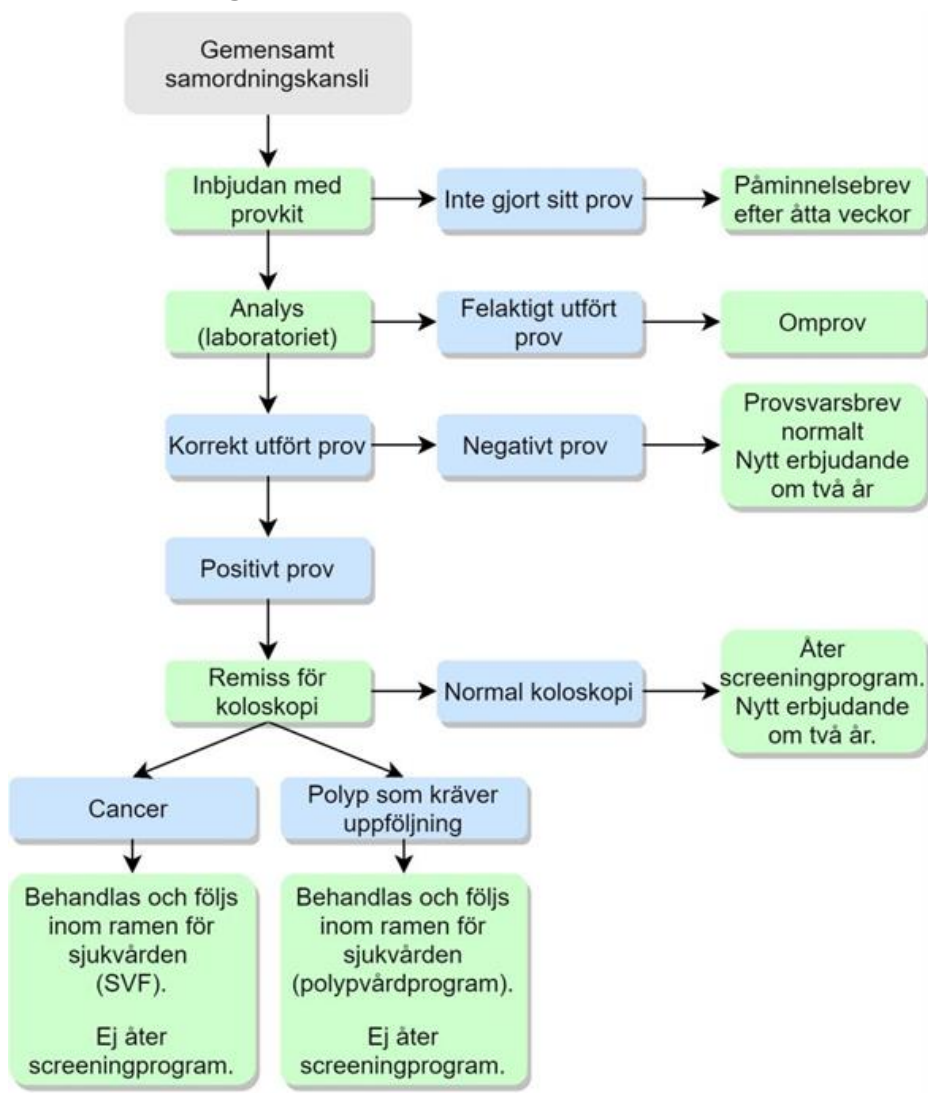
16.3 Utskick och remittering från GSK via GAS



- Utskicken av erbjudanden om provtagning fördelas jämnt över året.
- De som är födda ett jämnt år får sina erbjudandebrev jämna år. De som är födda ojämnt år får sina erbjudanden ojämnt år.
- De flesta gör sitt prov inom några veckor men spridningen är ändå rätt stor.
- Terminernas utskick avslutas på våren ungefär i april och på hösten ungefär i slutet av oktober så att endoskopienheterna ska få en avmattnings remitterade inför sommar samt över jul och nyår.
- Remittering görs ändå regelbundet varje vecka hela året.

Vårtermin	Små extra utskick	Hösttermin
Ordinarie stora utskick Kalendervecka 2-16	Omprov + nya prov-kit Kalendervecka 20, 24, och 48, 51	Ordinarie stora utskick Kalendervecka 31-44

16.4 Screeningsprocessen, flödesschema.



Den population som ska erbjudas deltagande får hem ett erbjudandebrev till sin folkbokföringsadress om att lämna avföringsprov för att detektera dolt blod i avföringen. Brevet innehåller information om screeningerbjudandet, en provtagningstub och en provtagningsinstruktion i text och bild. För att kunna returnera provtagningstuben för analys innehåller brevet ett adresserat, förfrankerat vadderat svarskuvert och en hygienpåse av plast. Provtuben är etiketterad med personnummer och ett specifikt remissidentitetsnummer (RID) för tuben och provtagningsstillfället. Varje tub har en originalmärkning med bland annat utgångsdatum från företaget som gör provtuberna.

Screeningerbjudandet sänds ut ungefär i den månad som individerna har sin födelsedag med uppehåll inför sommar och jul/nyår. Detta för att skapa en jämn arbetsbelastning för både laboratoriet som analyserar proverna och endoskopienheterna som ska genomföra de uppföljande screeningkoloskopierna. Deltagarna har sex månader på sig att göra sitt prov.

Vid selektion av individer med ett positivt prov (fynd av osynligt blod i avföringen) sker remittering, inom Regionens GAS, för uppföljande koloskopi till en i regionen avtalad endoskopienhet.

Samordningssjuksköterskan begränsar manuellt antalet utskicksveckor för att skapa en gynnsam arbetsbelastning för alla samarbetsparter som ingår i screeningprocessen.

Utskickerna görs en gång per vecka via en manuell knapptryckning i GAS av samordningssjuksköterskan. Det tar cirka tio dagar från knapptryckning till att försändelsen når individens folkbokföringsadress.

Laboratoriet tar via sin integration med GAS, emot information om personnummer och RID så de har informationen när individerna sänder in sina prover för analys. Provsvar från individerna som provtagit sig sänds dagligen från laboratoriet åter till GAS, där provsvaren fördelas som positiva, negativa och felaktiga. Felaktiga prov beror oftast på att provtagningsdatum saknas på provtuben eller att provtuben har kommit till laboratoriet senare än 14 dagar från provtagning. Felaktiga prov genererar att individen får ett nytt brev med begäran om omprov.

Filer för omprov skapas och sänds på samma sätt via GAS av samordningssjuksköterskan. De som inte returnerat sitt prov får ett påminnelsebrev efter 8 veckor om möjligheten att göra sitt prov. Påminnelsebrevet innehåller inte någon ny provtagningsstub men det finns kontaktuppgifter till kansliet (telefon och mejl) för möjligheten att få ett nytt provkit.

På samma sätt skapas det filer i GAS för negativa provsvar och positiva provsvar vilka sänds på samma sätt som övriga brev till medborgarna.

Brev med påminnelse om provtagning, negativt provsvar och positivt provsvar är personliga brev med en standardiserad text. De levereras till medborgarnas på cirka tre till sju dagar.

Påminnelser, provsvar och remitteringar görs två gånger i veckan, tisdagar och torsdagar. På sommaren och under jul/nyår sker det enbart en gång i veckan, på onsdagar.

Positiva provsvar från laboratoriet leder till att individerna elektroniskt remitteras inom GAS från kansliet till den endoskopienhet som ska genomföra koloskopin. Det sker samtidigt som den elektroniska filen sänds till PostNordStrålfors via samordningssjuksköterskan.

Screeningsjuksköterskorna på endoskopienheterna får inom GAS sin remitteringslista med nya remitterade. De börjar sedan arbeta med patienterna som ska kontaktas och bokas in. De sänder ett nationellt standardbrev med endoskopienhetens egna kontaktuppgifter tillagda, så att den selekterade patienten kan kontakta dem.

Både det positiva provsvarsbrevet från kansliet och brevet från endoskopienheten informerar om att avföringsprovet visat att en ytterligare undersökning behöver göras. I brevet från kansliet framgår att patienten kommer att kontaktas av en endoskopienhet. Det finns även kontaktuppgifter till kansliet vid eventuella frågor eller om brevet från endoskopienheten inte skulle nå fram. I brevet från endoskopienheten framgår att personen ska ringa upp endoskopienheten för information och bokning av undersökningstid.

Detta dubbla brevförfarande höjer garantin för att individen nås av korrekt information.

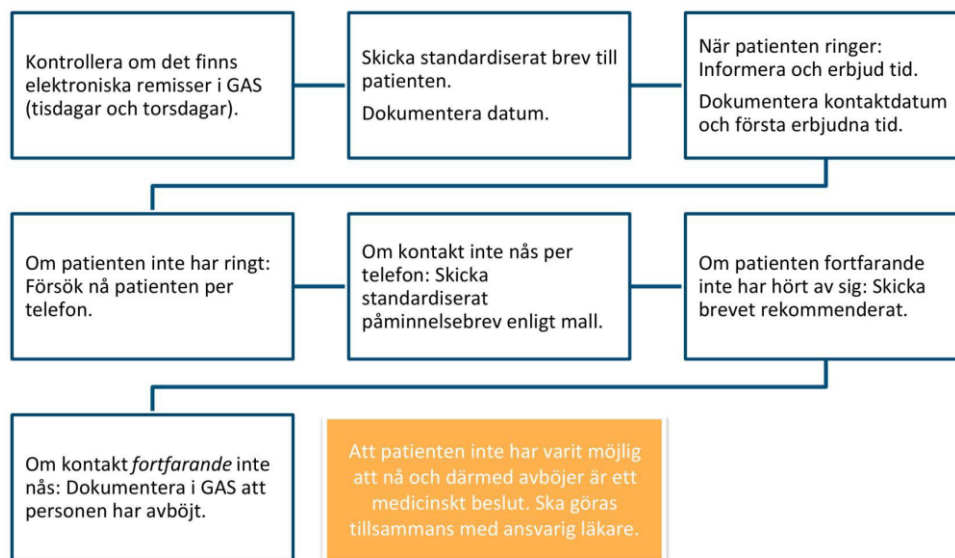
De selekterade screeningpatienterna är inte förberedda på det positiva provsvaret och har till skillnad mot patienter remitterade för koloskopi från annan sjukvårdsenhet inte förberetts i ett samtal med en läkare. Därför är detta telefonsamtal med en screeningutbildad endoskopisjuksköterska nödvändigt i processen, så att patienten verkligen kan göra ett

informerat val avseende att genomföra sin screeningkoloskopi. Vid telefonkontakten ingår även för sjuksköterskan att inhämta information om patientens ev. läkemedel och ev. samsjuklighet. Samt sedvanlig information om patientens screeningförberedelser.

Vid telefonsamtalet erbjuder endoskopisjuksköterskan en koloskopitid och noterar det datumet på patientens sida i GAS. Datumet för den först erbjudna tiden i GAS leder genom integration med kvalitetsregistret SveReKKS till att det är möjligt att föra in utfallet av screeningkoloskopi i SveReKKS.

Efter genomförd koloskopi ansvarar endoskopienheten för att remittera de individer som diagnostiserats med tjock- och ändtarmscancer vidare inom sjukvården för behandling och uppföljning enligt gällande vårdprogram och SVF för tjock- och ändtarmscancer. De som diagnostiserats med polyper av sådan allvarlighetsgrad att de ska fortsätta att följas enligt gällande polypvårdprogram ansvarar endoskopienheten för att de remitteras vidare inom sjukvården. De individer som inte har patologiska fynd som föranleder fortsatt omhändertagande inom sjukvården återgår automatiskt till screeningprogrammet genom information från SveReKKS till GAS. Där de på nytt kan erbjudas screening efter 2 år om de fortsatt är inom korrekt åldersintervall. De som fortsätter som patienter inom sjukvården spärras i GAS via SveReKKS.

16.5 Arbetsflöde på regionens endoskopienheten



16.5.1 Krav på endoskopienhet;

För att screeningverksamheten ska kunna fungera på ett effektivt och smidigt sätt måste det på varje enhet finnas en väl strukturerad verksamhet och enheten måste vara tekniskt uppdaterad. Nedan följer en lista som bör följas och som kan fungera som handledning för organisering av verksamheten.

Krav på organisationen

1. Enheten bör ha välstrukturerat samarbete med gemensamma screeningkansliet (GSK).
2. Enheten bör ha IT-stöd för uppkoppling med GSK.
3. Enheten bör ha en ansvarig sjuksköterska som är väl förtrogen om screeningprogrammet och de screeningselekterades särskilda behov.
4. Enheten bör kunna erbjuda tid för undersökning inom tre veckor efter remiss från GSK
5. Enheten bör ansvara för att medicinsk bedöma och bevaka om den screeningselekterade kan genomgå koloskopi och vid behov konsultera annan vårdgivare.
6. Enhet bör ha vilomöjlighet och möjlighet till övervakning av patienten efter undersökningen.
7. Enheten bör ha en organisation för hantering av förberedelser, vilket innebär information om undersökningen inkl. risker, förberedelser såsom kostregim, tarmrengöring, läkemedelshantering.
8. Enheten bör uppfylla nationella krav på hygien och spårbarhet.
9. Enheten bör ha system för digital bilddokumentation direkt kopplat till patientens journal.
10. Enheten bör i $\geq 90\%$ av undersökningarna ha uppnått adekvat rengjord tarm.
11. Enheten bör ha möjlighet att ge sedering och smärtlindring.
12. Enheten bör ha resurser för polypektomi i nivå 1–3 i SMSA klassifikation eller motsvarande samt hantera komplikationer i samband med koloskopin (blödning, perforation etc).
13. Enheten bör ha rutiner för att handlägga allvarliga komplikationer med allmän påverkan av patienten.
14. Enheten bör ha strukturerat samarbete med enheter för tex övervakning efter komplikation, avancerade endoskopiska åtgärder, bilddiagnostik, laboratoriemedicin, histopatologi, kirurgisk intervention.
15. Enheten bör ha larmrutiner
16. Enheten bör säkerställa att tillgång till kvalitetsregistret SveReKKS finns och registrering sker inom 3 månader från undersökningen.
17. Enheten bör identifiera och registrera komplikationer, i SveReKKS, inom 7 kalenderdagar relaterade till koloskopiundersökningen.
18. Enheten bör ge efter undersökningen ge patienten skriftlig information om resultat och åtgärder, och risk för eventuella sena komplikationer.
19. Enheten bör vid misstänkt/konstaterad cancer starta standardiserat vårdförlopp, säkerställa aktiv överlämning av patienten, med patienten upprätta en vårdplan och förmedla kontaktuppgifter till ansvarig kontaktsjuksköterska.
20. Enheten bör ha rutiner för handläggning av provsvar, meddelande till patienten och eventuell uppföljning.
21. Enheten bör ansvara för rutiner vid ofullständig koloskopi.

22. Enheten bör erbjuda patienten möjlighet att lämna återkoppling på upplevelsen av undersökningen (till exempel PROM/PREM).
23. Enheten bör ansvara för att årligen följa upp och agera på kvalitetsindikatorer registrerade i SveReKKS.
24. Enheten bör efter polypektomi följa nationella riktlinje gällande endoskopisk uppföljning efter kolorektal polypektomi enligt Svensk Gastroenterologisk Förening.

16.5.2 Krav på utrustning på enheten

1. Adekvat utrustning för att genomföra screeningkoloskopi, inkl. polypektomi, kromoendoskopi (virtuell och eller konventionell) och tatuering. Utrustningen bör genomgå regelbunden service enligt fastställd serviceplan.
2. Venös infart
3. Pulsoximeter
4. Blodtrycksmätare
5. Läkemedel (sedering, smärtstillande, återupplivning, anafylaxi, kristalloid lösning)
6. HLR-utrustning
7. Koldioxid insufflator
8. Spolpump
9. Diatermi
10. Digital bilddokumentation direktkopplat till journalsystem

16.5.3 Bokning av screeningpatient – Rekommenderat arbetsflöde

Alla patienter bör erbjudas en tid för koloskopiundersökning vilket rekommenderas inom 28 kalenderdagar räknat från telefonkontakt med patienten.

Rekommenderat arbetsflöde för bokning av screeningverksamheten selekterade för koloskopi:

1. Kontrollera nya elektroniska remisser i GAS på överenskomna remitteringsdagar.
2. Dokumentera i GAS datum för sänt kontaktbrev (ledtidsmätning). Skicka standardiserat brev (Se Bilaga Standardiserat brev) till patienten. Brevet rekommenderas att sändas senast inom 7 kalenderdagar från att remissen kommit till endoskopienheten. Brevet bör om möjligt postas samma dag. Men ha i åtanke att brevet inte ska komma till patienten dagen före helg, utan att patienten ska ha möjlighet att kunna ringa upp inom kort.
3. När patienten ringer: Dokumentera i GAS datum för kontakt (ledtidsmätning) Dokumentera i GAS datum för första erbjudna koloskopitid (ledtidsmätning). Det är den första tid som kan erbjudas vid kontakttillfället som ska dokumenteras, även om patienten direkt önskar en senare koloskopitid än den tid som erbjuds. Informera om fyndet av blod i avföringen och innebörden av det. Följ enhetens egen samtalsmall för screeningsselekterade (fångar upp information om komorbiditet, funktionshinder, medicinering osv då formell klinisk remiss inte finns.) Boka undersökning. Informera om sedvanliga förberedelser.
4. Om patienten inte ringer upp inom rimlig tid (enligt enhetens rutiner) så ska om möjligt försök till telefonkontakt göras.
5. Om kontakt inte nås per telefon skickas i rimlig tid (enligt enhetens rutiner) ett standardiserat påminnelsebrev (se bilaga). Notera datum i GAS då det sänts.

6. Om patienten inte heller besvarat denna uppmaning så skickas i rimlig tid (enligt enhetens rutiner) påminnelsebrevet, som ett sista försök, rekommenderat. Notera datum i GAS då det sänts.

7. Om kontakt fortfarande inte nås efter rimlig tid (enligt enhetens rutiner beslutas i samråd med medicinskt ansvarig läkare på enheten att personen avböjt undersökningen. Vilket dokumenteras i GAS: Datum för avböjer noteras i GAS. Gör anteckning i GAS kring beslutet om avböjer koloskopi av medicinskt ansvarig läkare.

17 Referens

1. Nationellt vårdprogram Tjock- och ändtarmscancer-screening (version: 1.0 Remissversion) [NVP för Tjock- och ändtarmscancerscreening](#)