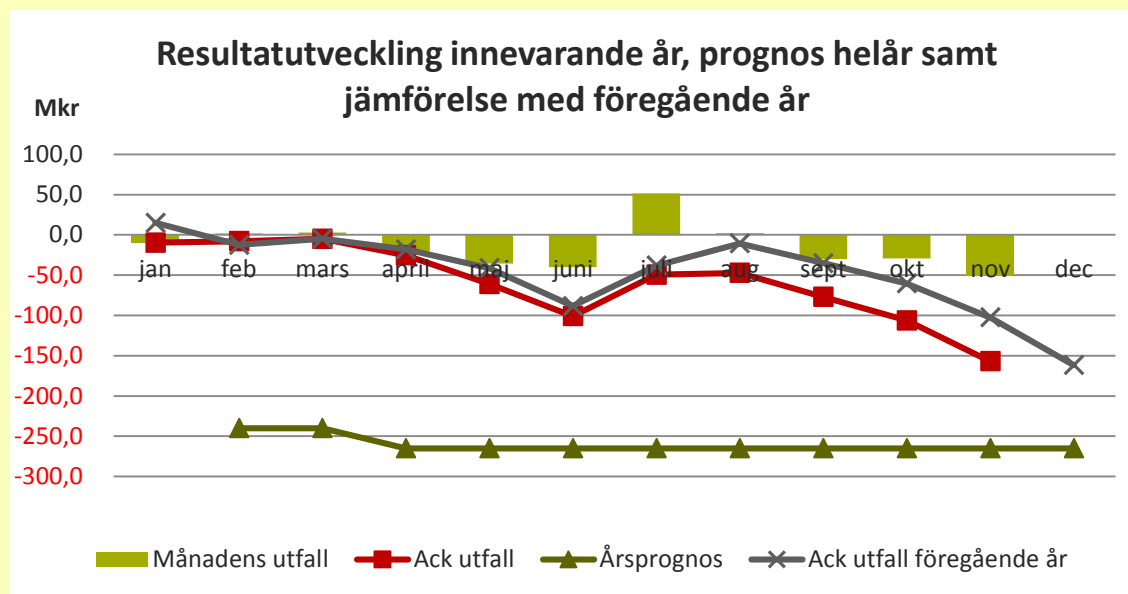


SAMMANTRÄDESHANDLINGAR
REGIONSTYRELSEN
18-19 JANUARI 2016

Månadsrapport november 2015

Region Jämtland Härjedalen



Aktuell nettokostnadsutveckling: 5,2 % Utveckling jämfört med oktober

Fokus på patientsäkerhet

Verksamhet

Arbetet med Region Jämtland Härjedalens nya tjänstemannaorganisation fortgår som planerat.

Den nya organisationen syftar till att skapa en enda kultur, en enda värdegrund och ett enda varumärke för hela organisationen.

Första linjens chefer ska få tillgång till mer administrativt stöd och kunna agera med större mandat. Vid årsskiftet ska organisationen träda i kraft och stöd från administrationen vara på plats.

Samtliga chefer och MLA hade i början av november en gemensam dag för att föreslå kostnadsminskningar för de tre kommande åren. En handlingsplan utarbetas efter detta.

Det har varit extra fokus på patientsäkerheten. Under november, bland annat med föreläsningar för medarbetarna och information till patienter och besökare i sjukhusentrén.

Personal

Den utförda tiden enligt rullande 12 månader visar på en ökning motsvarande 40 årsarbetare jämfört med förra året men en minskning med 16 årsarbetare i jämförelse med föregående

månad. Kostnaden för bemanningsföretag har ökat med 37 miljoner kronor under tiden januari till november jämfört med 2014.

Sjukfrånvaron minskar jämfört med tidigare år både för män och kvinnor.

Ekonomi

Resultatet till och med november är minus 186 miljoner kronor rensat för återbetalning från AFA samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel, totalt 29 miljoner. Detta ska jämföras med förra årets underskott på 102 miljoner kronor. Nettokostnadsökningen är fortsatt hög men har minskat ytterligare något och är nu 5,2 % jämfört med motsvarande period 2014.

Regionens totala årsprognos för 2015 ligger kvar på ett underskott på 265 miljoner kronor. I prognosen har tagits hänsyn till osäkerheter i bland annat värdering av pensionsskuld och skatteintäkter.

Björn Eriksson

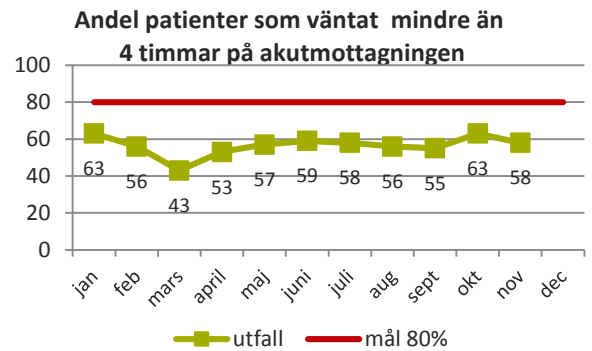
Regiondirektör

Tillgänglighet - specialistvården

Väntetider inom specialistsjukvårdens akutmottagning. Målet är att 80 % av patienterna ska vara klara (dörr till dörr) inom 4 timmar.

I november var 58 % klara (dörr till dörr) inom 4 timmar, 58 % av kvinnorna och 58 % av männen.

Förbättringsarbete pågår och akuten har i slutet av november börjat arbeta i team för snabbare flöde. Test av snabbspår för patienter med bröstsmärta utan EKG-förändring pågår



Väntetider inom 60 dagar (f d Kömiljarden) för november

Väntande till 1:a besök 45 %, kvinnor 45 % och män 45 %

Genomförda 1:a besök 56 %, kvinnor 56 % och män 55 %

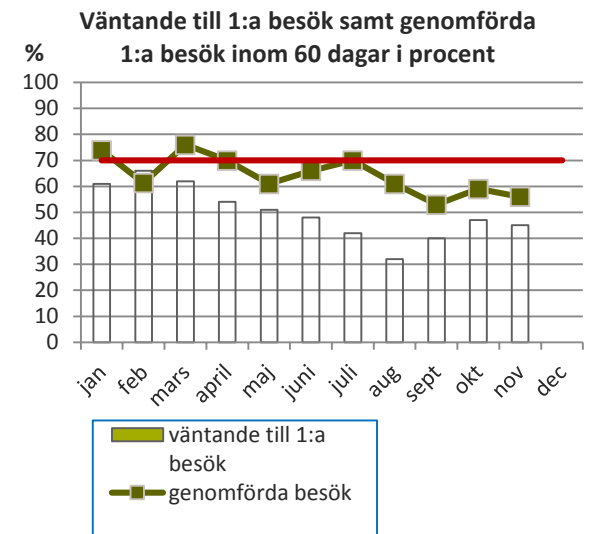
Väntande till behandling 57 %, kvinnor 55 % och män 60 %.

Genomförda behandlingar 59 %, kvinnor 56 % och män 62%

Kommentarer från centrumen om varför de har problem att nå målnivån 70 % samt vilka åtgärder som vidtas:

Opererande specialiteter:

Centrumet har fortsatt svårt att klara tillgängligheten till nybesök och behandling. För område kirurgi, ögon och öron är problemen störst inom urologin och ögon.



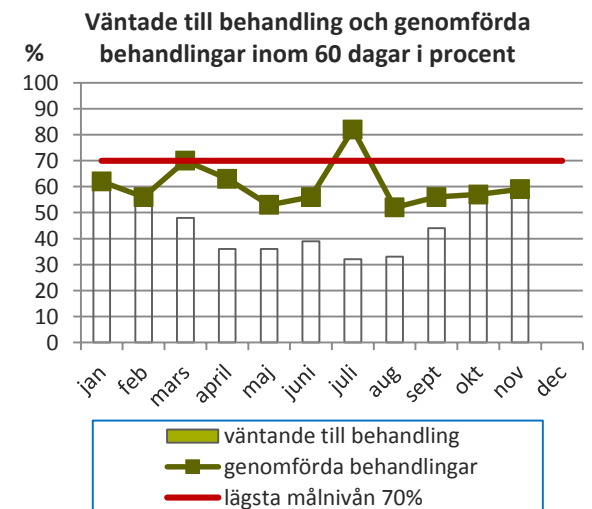
Medicinska specialiteter:

Förbättringsarbete pågår inom projektet CMS 2.0, akutläkare påbörjar test i december

Barn, Kvinna och psykiatri:

Centrum klarar inte målnivån 70 % för väntande till första besök. Misstänker att dessa siffror inte stämmer på grund av felregistreringar. Omfattande analys skall göras av områdesföreträdare samt systemansvarig 15 december.

För alla verksamheter gäller fortsatt arbete med produktions- och kapacitetsplanering.



Antal väntade patienter som väntat mer än 60 dagar

Månad	jan	feb	mars	apr	maj	juni
1:a besök	1130	968	--	1239	1917	2100
Behandl				1426	1557	1572
Månad	juli	aug	sep	okt	nov	dec
1:a besök	2681	3247	2920	2598	2646	
Behandl	1808	1163	894	748	756	

Faktisk väntetid för barn och unga med psykisk ohälsa

Målen är att minst 90 % av barn och unga med psykisk ohälsa ska få komma inom 30 dagar till en första bedömning samt att minst 80% ska få en fördjupad utredning eller behandling inom 30 dagar.

Fortfarande manuell rapportering av data till väntetidsdatabasen, då den automatiska överföringen av data från Cosmic inte fungerar.

November data visar att 69 % får komma till ett första besök inom 30 dagar (flickor 77 %, pojkar 62 %). En fördjupad utredning/behandling inom 30 dagar har 50 % (flickor 50 %, inga pojkar berörda) fått.

Tillgänglighet primärvården

Telefontillgänglighet 0:an

Utfall per 2015-11-30 gällande tillgänglighetsgarantin för regiondriven primärvård ligger på 74 %. En minskning med 2 % jämfört med oktober. Jämfört med oktober så har påringda samtal ökat. Tillgängligheten varierar mellan 54-94%.

Vecka 39 driftsattes en ny callbacklösning i Hammarstrand och Odensala. Övriga hälsocentraler, driftsattes v 46 och 48, förutom Funäsdalen, Myrviken och Kälarne som tittar på en annan lösning. En viss ökning av tillgängligheten har noterats, inget utvärderat resultat föreligger. Förändring av arbetssätt kan på sikt innebära ytterligare förbättringar.

Utfall per 30 november gällande tillgänglighetsgarantin för privata hälsocentraler ligger på 95 %. En minskning med 1 % jämfört med oktober.

Läkarbesök inom 7 dagar – 7:an. Mål 100 %.

Utfallet per 2015-11-30 gällande besöksgarantin för regiondriven primärvård ligger på 81 % (kvinnor 81 %, män 82 %). Tillgängligheten för besök i de regiondrivna hälsocentralerna varierar mellan 40–99 %.

Utfallet per 2015-11-30 gällande besöksgarantin för den privata primärvården ligger på 82 % (kvinnor 64 %, män 80 %). Tillgängligheten för de privata hälsocentralerna varierar mellan 78-87 %

Införandet av COSMIC medför fortfarande en produktionsminskning i verksamheten

November 2015	0:an Telefon-tillgänglighet samma dag	7:an - Läkarbesök inom 1 vecka
Fjällhälsan	100	78
Närvård Frostviken	100	87
Nya Närvården	95	87
Äre	94	95
Hallen	93	97
Föllinge	92	89
Backe	92	99
Lit	90	78
Offerdal	90	84
Kälarne	85	78
Funäsdalen	83	93
Järpen	82	40
Myrviken	81	74
Bräcke	80	68
Strömsund	80	91
Krokom	79	80
Svenstavik	77	86
Brunflo	77	83
Frösö	75	62
Sveg	73	67
Hammarstrand	73	78
Lugnvik	73	69
Odensala	67	82
Z-gränd	54	73

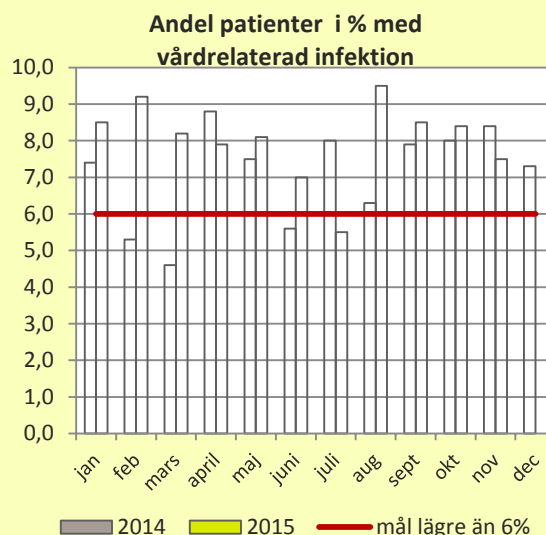
Vårdrelaterade infektioner (VRI)

Resultaten för vårdrelaterade infektioner når fortfarande inte det uppsatta målet att högst 6 % av patienterna drabbas av en vårdrelaterad infektion.

Sammanräknade resultat för samtliga punktprevalensmätningar inom somatiska vårdavdelningar för januari t.o.m. november visar att 8 % av de inskrivna patienterna haft en vårdrelaterad infektion. Uppdelat resultat: män 9,3 % och kvinnor 6,9 %.

Vid mätningen inom somatiska avdelningar i november hade 7,5 % (17 av 228) av patienterna en vårdrelaterad infektion. Av uppdelad redovisning framgår att 10,1 % (12 av 119) män och 4,8 % (5 av 104) kvinnor hade en vårdrelaterad infektion.

Verksamheternas resultat varierar från månad till månad, det går inte att se någon tydlig trend, förutom att fler män drabbas av vårdrelaterade infektioner. De vårdrelaterade infektionerna fördelade sig till olika grupper: övriga vårdrelaterade, övriga ingreppsrelaterade, postoperativa.

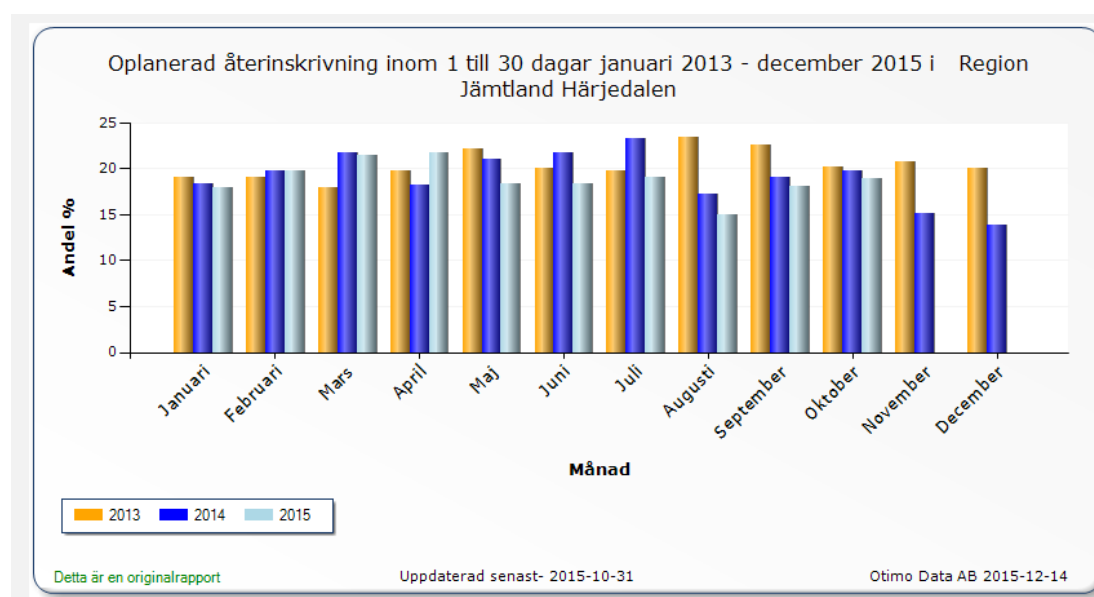


Åtgärderna som vidtas från verksamheternas sida är bland annat journalgranskning för att hitta orsaker till att vårdrelaterade infektioner. Upprättande av vårdplan för att förebygga urinvägsinfektioner inom medicinska specialiteter. Kunskapstest har genomförts inom område Kirurgi och utifrån resultatet pågår förbättringsarbete.

Återinskrivning inom 30 dagar

Oplanerad återinskrivning mellan 1-30 dagar har nu ett annat sätt att ta fram data jämfört tidigare. Diagrammet visar antalet oplanerade återinskrivningar delat med alla oplanerade vårdtillfällen. Under flera månader har det inte varit möjligt att ta fram underlag för denna indikator. Nu har justeringar gjorts, vilket innebär att resultaten visar ett mer likartat resultat jämfört tidigare.

Diagrammet är hämtat från www.kvalitetsportalen.se



Medarbetare

Utförd tid t o m oktober

(Utförd tid 2015 i rapporten visar tiden november 2014 – oktober 2015. Eftersläp med en månad för att alla timmar ska hinna registreras)

Utförda tiden enligt rullande 12 månader visar på en ökning med 69 935 timmar för perioden jämfört med 2014. Ökningen motsvarar 40 årsarbetare. En minskning med 16 årsarbetare i jämförelse med föregående månad. Ingen hänsyn tagen till antal vardagar.

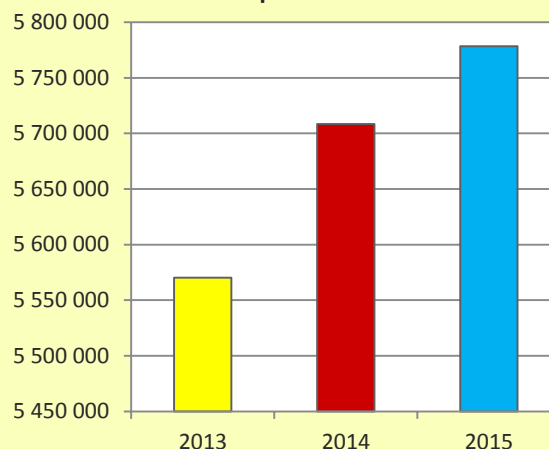
Centrum opererande specialiteter redovisar den största ökningen (+ 38 årsarbetare). Skäl som anges är införande av Cosmic, inskolningar av ny personal, extravak, ökad bemanning utifrån arbetsbelastning på vårdavdelningarna, ökat inflöde på akutmottagningen. Inom Centrum diagnostik, teknik och service beror ökningen på införandet av vårdnära service. Även Centrum för primärvård ökar den utförda tiden.

Centrum för ledning och verksamhetsstöd minskar den utförda tiden genom vakanshållningar.

Centrumen medicinska specialiteter, barn, kvinna och psykiatri samt folktandvård ligger på i princip samma nivå i jämförelse med 2014.

Regionala utvecklingsförvaltningen minskar utförda tiden genom färre projekt inom social välfärd.

Utförd tid i timmar
Helår 2013 och 2014. Rullande 12
månaders period för 2015



Nyttjande av bemanningsföretag

Kommentarer till köpt bemanning läkare:
Svårigheter att rekrytera läkare.

Kommentarer till köpt bemanning sjuksköterskor:

Svårigheter att rekrytera sjuksköterskor till främst centrum medicin och distriktssjuksköterskor i framförallt Härjedalen.

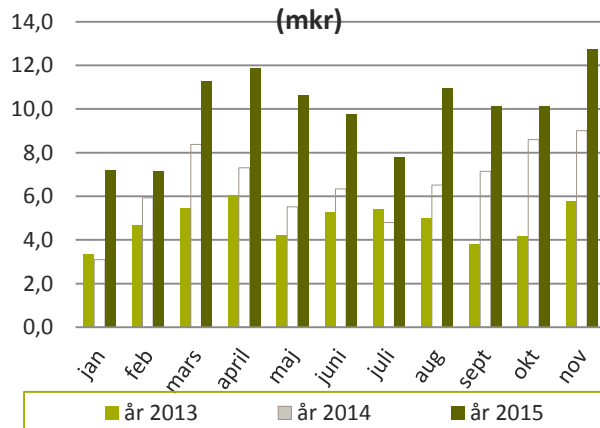
Kommentarer till köp av övrig personal:
Centrum primärvård köper tjänster vad gäller arbetsterapeuter och sjukgymnaster från kommunerna.

Vidtagna åtgärder för att minska köp från bemanningsföretag:

Översyn av vårdplatsstruktur, poliklinisering, vem gör vad, utbildning av ST-läkare och rekryteringsaktiviteter.

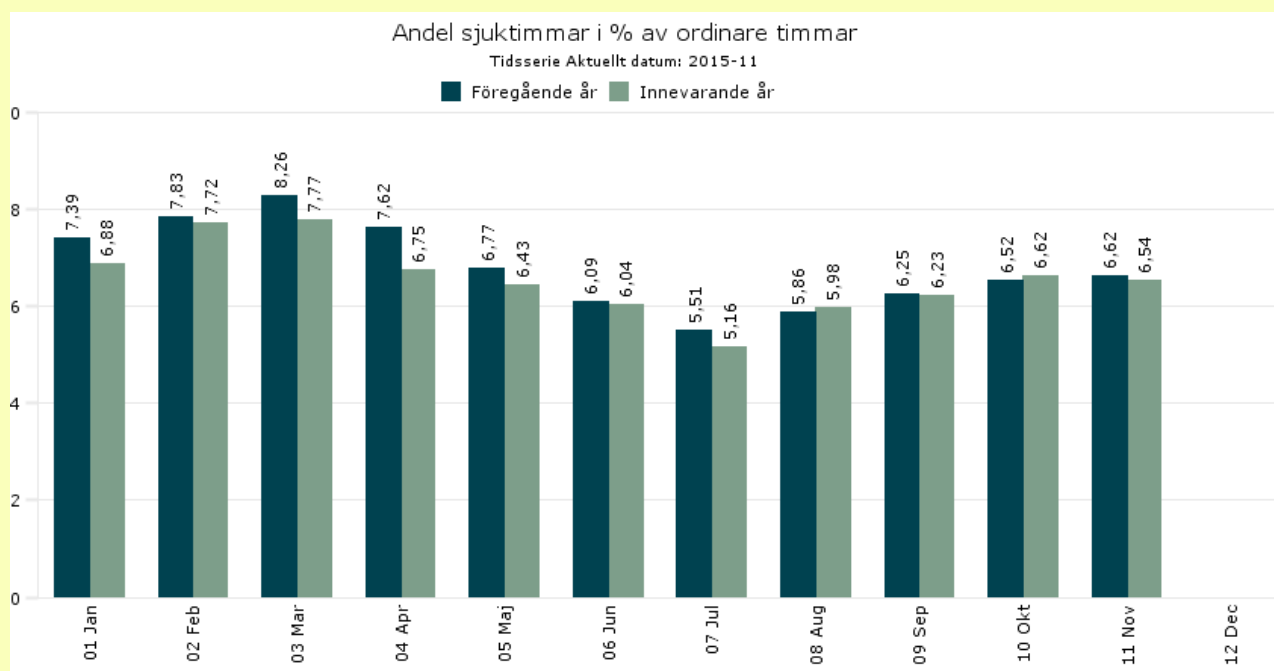
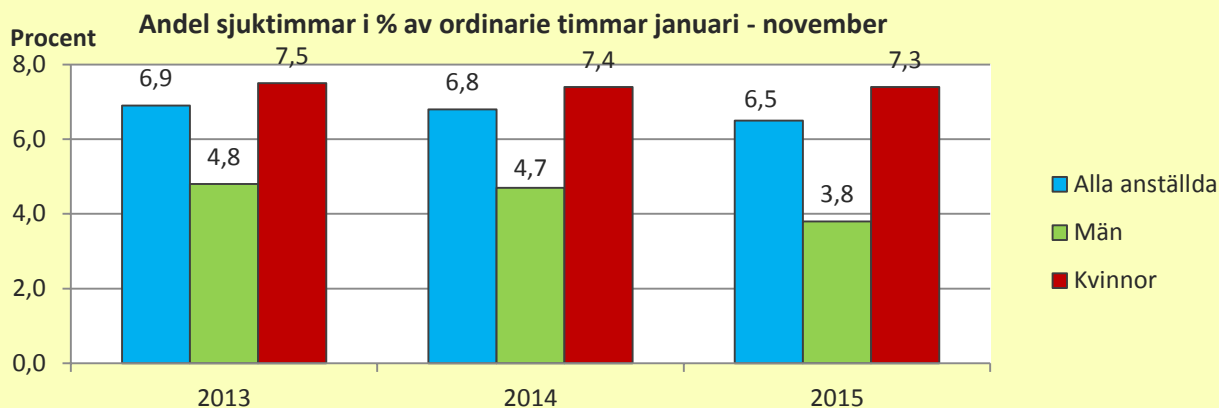
Inom centrum diagnostik, teknik och service görs upphandling av externa granskningar.

Kostnad bemanningsföretag per månad
(mkr)



Kostnad bemanningsföretag mkr	Jan-nov 2014	Jan-nov 2015	Förändring
Kto 5551 Övrig personal	3,6	3,4	-0,2
Kto 5552 Läkare	63,7	94,5	30,8
Kto 5553 Sjuksköterskor	5,4	11,8	6,4
Totalt	72,7	109,7	37,0

Sjukfrånvaro



Kommentarer till sjukfrånvaron:

Sjukfrånvaron har minskat från 6,8 % till 6,5 % i jämförelse med tidigare år. Framförallt är det männens sjukfrånvaro som minskat.

Under första halvåret om man tittar på månader gick också sjukfrånvaron ned och började öka efter sommaren och nu åter i november ligga lägre än året innan igen. Denna trend över månaderna hänger samman med de månader som Försäkringskassan i Jämtland valde att gå ut med att man inte kunde ha avstämningsmöten gällande rehabilitering och insatser och skulle kunna ha ett samband med ökningen.

Ökningen av sjuktimmarna sker i den korta frånvaron dvs. karens och upp 2 till 60 dagar. Vad gäller åldersgrupper så ökar sjukfrånvaron i gruppen 0-29 år under maj-augusti vilket har en koppling till sommarvikarier. Gruppen 30-49 år minskade sjukfrånvaron under första halvåret och står nu för en procentuell ökning av sjukfrånvaron och då framförallt kvinnor. Detta medan åldersgruppen 50- är ganska oförändrad över hela året.

Utmaningen är att möta ökningen av sjukfrånvarotimmar bland kvinnor vad gäller korttidsfrånvaron samt att arbeta för att förhindra att sjukskrivningarna blir långa genom tidiga insatser.

Ekonomiskt utfall 2015 jämfört med budget och föregående år

Verksamhet i miljoner kronor	Utfall ack nov 2015	Utfall ack nov 2014	Differens	Budget 2015	Årsprognos november
Barn, kvinna och psykiatri	-12,2	-10,9	1,3	0,0	-12,0
Diagnostik, teknik och service	17,2	11,4	-5,8	3,0	12,0
Folktandvården	0,2	2,6	2,4	0,0	-1,0
Primärvården	-54,5	-30,5	24,1	0,0	-62,5
Landstingsövergripande verksamhet	-12,9	-16,4	-3,5	0,0	-17,0
Ledning- och verksamhetsstöd	15,0	5,8	-9,2	0,0	5,0
Medicinska specialiteter	-90,8	-57,8	33,0	0,0	-97,0
Motsedda utgifter	36,8	15,4	-21,4	-115,0	-3,0
Opererande specialiteter	-100,4	-65,1	35,2	0,0	-109,0
Summa Hälso- och sjukvården	-201,7	-145,5	56,1	-112,0	-284,5
Patientnämnden	0,2	0,1	-0,1	0,0	0,0
Förtroendevalda politiker	1,6	1,6	0,0	0,0	0,0
Landstingsrevisionen	0,5	0,3	-0,1	0,0	0,0
Regionala utvecklingsnämnden	7,0	0,0	-7,0	0,0	3,5
Vårdvalsnämnden	13,2	8,6	-4,6	0,0	1,0
Summa Verksamheten	-179,2	-135,0	44,2	-112,0	-280,0
Finansförvaltningen	22,2	32,6	10,4	16,0	15,0
Totalt Region Jämtland Härjedalen	-157,0	-102,4	54,5	-96,0	-265,0

Kommentarer till ekonomiskt resultat

Redogör för avvikelser mot ack utfall föregående år

Bokfört resultat till och med november 2015 är – 157 miljoner kronor. Rensat för återbetalning från AFA med 22 mkr samt retroaktiv ersättning för hepatitläkemedel 2014 på 7 mkr är resultatet – 186 miljoner kronor vilket kan jämföras med – 102,4 miljoner motsvarande period 2014.

Större kostnadsavvikelser jämfört med 2014 (exklusive den ny tillkomna regionala utvecklingsförvaltningen) är högre kostnader för personal 4,7 % (okt 5,0 %), inhyrd personal 49 % (okt 52 %) samt läkemedelskostnader 7,1 % (okt 7,0 %). Intäktsidan har ökat, framför allt beroende på återbetalningen från AFA på 22 mkr.

Redogör för årsprognosens avvikelse mot budget:

De största avvikelserna jämfört med budget består i högre kostnader för egen personal (31 mkr), inhyrd personal (59 mkr), köpt vård (25 mkr) samt läkemedel (52 mkr).

Prognos jämfört med föregående månad:

Prognosen är oförändrad jämfört med månadsrapport oktober – 265 miljoner kronor.

Kristin Gahnström Jonsson
Centrumchef Folktandvården
Tfn: 063-14 75 14
E-post: kristin.gahnstrom.jonsson@regionjh.se

2016-01-11

Dnr RS/1759/2015
S2015/05570/FS

Socialdepartementet

s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets delredovisning Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård

Region Jämtland Härjedalen har beretts möjlighet att yttra sig över rubricerat betänkande samt delredovisning och lämnar följande synpunkter.

Sammanfattning

Region Jämtland Härjedalen instämmer i de förslag som finns till förbättrad information och förbättrat konsumentskydd, samt förslag till förstärkt prisjämförelsetjänst. Denna prisjämförelsetjänst kan ytterligare stärkas gällande kopplingen till vårdkvaliteten.

Region Jämtland Härjedalen är vidare positivt till förslag om att arbeta för bättre samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården samt framtagande av underlag om munhälsans bestämningsfaktorer.

Däremot kan Region Jämtland Härjedalen inte fullt ut instämma i utredningens analys av vilka effekter tandvårdsstödet har gett på i hur stor omfattning andelen av befolkningen regelbundet besöker tandvården. Regionen kan inte heller instämma fullt ut i det förslag utredningen har till hur det ekonomiska stödet bör utvecklas.

Abonnemangstandvården borde fullt ut inlemmas i tandvårdsstödet och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) borde få ett utvidgat ansvar för att fördela det ekonomiska stödet mellan allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och högkostnadsskyddet, liksom möjligheten att ändra högkostnadsskyddsgränserna.

Det är också av stor vikt att ansträngningar görs i det fortsatta arbetet för att minska den omfattande administration som tandvårdsstödet utformning åsamkat vårdgivarna.

Specifika synpunkter

Många regelbundna besökare (kapitel 6)

Besöksfrekvens i tandvården (avsnitt 6.2)

Utredningen konstaterar att andelen av befolkningen som regelbundet besöker tandvården sedan stödet infördes har förändrats så till vida att fler framför allt i åldern 20 – 29 år nu regelbundet besöker tandvården. Samtidigt avstår fortfarande runt 15 % av befolkningen regelbunden tandvård, huvudsakligen av ekonomiska skäl.

Utredningen konstaterar också att ett förhöjt ATB tillsammans med abonnemangstandvården troligtvis bidragit till att yngre vuxnas regelbundna besök till tandvården ökat.

Uppföljningar inom folktandvårdsorganisationerna och uppföljande studier tyder på att abonnemangstandvården haft större betydelse än ATB, vad gäller ökningen av antalet regelbundna besök i framför allt åldrarna 20 – 30 år och därmed betydligt större betydelse än utredningen kommit fram till. Denna bedömning stärks ytterligare av att endast ca 50 % av befolkningen känner till ATB och dess ekonomiska storlek.

Allmänt sjunker antalet regelbundna tandvårdsbesök successivt för dem, som är äldre än 70 år. I dessa ingår till största delen den del av befolkningen som kallas gruppen ”sköra äldre”, det vill säga personer som börjar få svårigheter att klara sig själva utan samhällets stöd. För denna grupp är det särskilt viktigt att tandvården aktivt håller kvar kontakten, eftersom tandhälsan här snabbt kan försämrats och en erfarenhet som vunnits med abonnemangstandvården är att ett abonnemangssystem gör det lättare för tandvården att upprätthålla en regelbunden kontakt med denna grupp.

Fler och starkare tandvårdspatienter (kapitel 15)***En förstärkt prisjämförelsetjänst (avsnitt 15.3.5)***

Utredningen föreslår en obligatorisk anslutning till prisjämförelsetjänsten och att den tjänsten kompletteras med kvalitetsmått. Socialstyrelsen får i uppdrag att lämna uppgifter om patientbedömd kvalitet till prisjämförelse-tjänsten.

Region Jämtland Härjedalen menar att Socialstyrelsen borde få ett vidare uppdrag kring kvalitetsuppföljning, som handlar om att se vilka kvalitetsvariabler som är möjliga att få fram via de olika register som idag finns och föreslå kvalitetsregister som det skall vara obligatoriskt för vårdgivare att ansluta sig till samtidigt som anslutning sker till prisjämförelsetjänsten. Ett sådant register kan till exempel vara Svenskt register för Karies och Parodontit SKaPa. Detta beroende på att tandvårdskunden har lätt att bedöma bemötande och tillgänglighet, men mycket svårt att bedöma kvaliteten på insatta vårdåtgärder i form av till exempel fyllningars livslängd.

Region Jämtland Härjedalen ställer sig också positiv till att Socialstyrelsen ges uppdrag att utföra patientenkäter av typen PROM (Patient Reported Outcome Measure, d v s Patientupplevt vårdresultat). Denna typ av enkät kommer i framtiden kunna ge tandvården värdefull information om det patientupplevda utfallet av våra insatser.

Ett mer träffsäkert tandvårdsstöd (kapitel 16)

Allmänt tandvårdsbidrag (avsnitt 16.4.1)

Det allmänna tandvårdsbidraget bör kvarstå som nu, men med den ändring som utredningen föreslår, innebärande att också personer mellan 65 och 74 år ska ha rätt till ett högre allmänt tandvårdsbidrag. Region Jämtland Härjedalen instämmer i utredningens skäl och bedömning gällande denna åldersgrupp.

Däremot är Regionens bedömning att den kostnadsfria tandvården, som idag gäller till och med 19 år, på sikt kommer att innefatta även personer i åldrarna uppåt 25 år. Några landsting har på eget bevåg höjt åldersgränsen för kostnadsfri vård till invånarna och ett statligt initiativ har tagits för att så ska gälla generellt i riket. Det innebär att betydelsen av ATB successivt kommer innefatta färre åldrar i spannet 20 – 30 år. Med en god tandhälsoutveckling är det dessutom svårt att veta vilken betydelse ett ATB kommer att ha i åldrarna 20 – 30 år framöver. Således behöver behovet av ATB och dess storlek i dessa åldrar kontinuerligt ses över.

Högekostnadsskyddet (avsnitt 16.4.2)

Utredningen bedömer att högekostnadsskyddet bör vara kvar i nuvarande form. Region Jämtland Härjedalens bedömning är att en sänkning av gränsen från 3000 kronor ner till 2500 kronor bör göras när det ekonomiskt sett är möjligt utan att statens totala kostnad för tandvård ökar mot beräknad kostnad. Däremot bör gränsen för när ersättning med 85 % ges, inte sänkas. Detta kan ske i etapper.

För en liten grupp av individer med svåra ekonomiska tillstånd är även 3000 kronor en stor utgift och det är inte alltid möjligt att få hjälp av sociala myndigheter eller att ”låna” pengar till tandvårdskostnader. En sänkning av nivån då stödet inträder skulle gynna denna grupp. Då tandhälsan generellt utvecklas positivt med färre reparativa insatser, bland annat tack vare abonnemangständerna och då kostnaden för ATB i de yngre åldrarna kommer att minska, bör det framöver vara möjligt att kunna sänka gränsen för när högekostnadsskyddet ska inträda.

Värdesäkring av tandvårdsstödet (avsnitt 16.4.3)

Region Jämtland Härjedalen stödjer inte utredningens uppfattning om att stödet bör värdesäkras. Det är ett onödigt sätt att cementera ett regelverk. Istället bör TLV och dess nämnd ges en tydlighet i uppdraget att utifrån principer och ambitioner med ATB och högekostnadsskydd kontinuerligt utvärdera effekterna av tandvårdsstödet. Denna utvärdering sker med hjälp av berörda övriga myndigheter. Utifrån beslut om anvisat statligt budgetmedel till tandvårdsstödet ska TLV regelbundet se över och vid behov besluta om ändringar vad gäller beloppsgränser och ersättningsgrader vad gäller såväl ATB som högekostnadsskyddet. Ändringarna ska främja syftet i 2008 års tandvårdsreform och bidra till att målet i Tandvårdslagen kan uppnås.

Vissa övriga frågor gällande högekostnadsskyddet (avsnitt 16.4.4)***Ersättningsperiodens längd***

Ersättningsperioden är ett år. Som utredningen konstaterar inträffar det att behandlingar av olika skäl gör ettårsgränsen oskälig. Det gäller inte sällan, då patienter ska behandlas av både allmäntandläkare och specialist eller då oförutsedd händelse som exempelvis en sjukdom förlängt tiden. I dessa lägen hamnar patienten i en svår situation då beräknad

patientkostnad inte längre stämmer utan kan bli avsevärt dyrare. Samtidigt åsamkas vårdgivaren en betydande administration för att hantera de ekonomiskt ändrade förutsättningar som blir resultatet. Det är inte rimligt att ett regelverk ska vara konstruerat på ett sådant sätt stödet inte kan fungera på det sätt som det är tänkt.

Därför bör TLV få i uppdrag att se över ersättningsperiodens längd och justera den till en rimligare tidsperiod. Utgångspunkt bör vara att gränsen åtminstone förlängs till 1,5 år, vilket borde medföra att huvuddelen av de fall med för kort ersättningsperiod undviks.

Högekostnadsskydd och abonnemangstandvård

Utredningen anser inte att abonnemangstandvårdspatienter ska komma i åtnjutande av högekostnadsskyddet. Skälet ska bland annat vara att patienterna inte förstår hur mycket deras tandvård ska kosta och risken är att kostnaderna för staten ska skena iväg.

Utredningens resonemang är svårförståeligt. Två av de tydliga effekter som framkommer vid uppföljning av abonnemangstandvården är dels att patienterna är mycket nöjda med att de får kontroll över sina kostnader, dels att antalet reparativa åtgärder minskar i förhållande till de som betalar efter den traditionella tandvårdsmodellen.

Dessutom visar uppföljningar att patienter inom abonnemangstandvården får mer förebyggande vård och har 50 % lägre risk utveckla ny karies än motsvarande patienter som inte har abonnemang.

Således tyder allt på att både staten och enskilda patienter istället skulle tjäna på att abonnemangstandvården inlemmas i högekostnadsskyddet. Det första målet med tandvårdsstödet – att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov – stödjer också ett inlemmande av abonnemangstandvården inom högekostnadsskyddet. Dessutom är den direkta kostnaden för detta obetydlig.

Kostnadsberäkningar och andra konsekvensanalyser (kapitel 20)

Förändringar i tandvårdsstödet (avsnitt 20.6)

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Utredningen bedömer inte att konsekvenserna för vårdgivaren blir särskilt stora. Dock bör det påminnas om att när tandvårdsstödet infördes, var ett av de resultat som skulle uppnås, att administrationen skulle bli enklare. Det blev istället tvärtom. Stora bekymmer vid införandet innebar dessutom att folktandvårdsorganisationerna förlorade miljoner i tappade intäkter.

Bedömningar och uppföljningar ger vid handen, att administrationen kring patienterna med införandet av det nya tandvårdsstödet tillsammans med utökade krav på dokumentation och kvalitetsuppföljningar, i snitt ökat med mellan 5 och 10 minuter per patient. En utökad administration medför både ökade kostnader och mindre tid till direkta patientåtgärder.

Berörda myndigheter borde få i uppdrag att följa upp den administration som omger tandvårdsstödet och ta fram förslag till hur administrationen kan minskas.

Avslutningsvis anser Region Jämtland Härjedalen att Försäkringskassan bör få i uppdrag att ansvara för all samlad information gällande samtliga former av tandvårdsstöd.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

Remiss

2015-10-23

S2015/05570/FS

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -10- 2 9

Dnr...../...../20.....

SOU 2015:76 (S2015/05570/FS) Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets delredovisning Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård (S2015/06302/FS)

Remissinstanser:

1. Riksdagens ombudsmän
2. Riksrevisionen
3. Domstolsverket
4. Kammarätten i Jönköping
5. Förvaltningsrätten i Luleå
6. Förvaltningsrätten i Uppsala
7. Datainspektionen
8. Folkhälsomyndigheten
9. Försäkringskassan
10. Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)
11. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
12. Konkurrensverket
13. Konsumentverket
14. Läkemedelsverket
15. Myndigheten för delaktighet
16. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
17. Regelrådet
18. Skatteverket
19. Socialstyrelsen
20. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
21. Statistiska centralbyrån (SCB)
22. Statskontoret
23. Strålsäkerhetsmyndigheten
24. Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket (TLV)
25. Sveriges kommuner och Landsting (SKL)
26. Arjeplogs kommun

27. Bengtsfors kommun
28. Bodens kommun
29. Borlänge kommun
30. Botkyrka kommun
31. Båstads kommun
32. Enköpings kommun
33. Flens kommun
34. Gagnefs kommun
35. Gotlands kommun
36. Gävle kommun
37. Göteborgs kommun
38. Härjedalens kommun
39. Kiruna kommun
40. Landskrona kommun
41. Lidköpings kommun
42. Linköpings kommun
43. Lycksele kommun
44. Lysekils kommun
45. Malmö kommun
46. Malung-Sälens kommun
47. Stockholms kommun
48. Strömsunds kommun
49. Södertälje kommun
50. Söderköpings kommun
51. Skövde kommun
52. Uddevalla kommun
53. Uppsala kommun
54. Umeå kommun
55. Örnsköldsviks kommun
56. Blekinge läns landsting
57. Dalarnas läns landsting
58. Gävleborgs läns landsting
59. Hallands läns landsting
60. Jämtlands läns landsting
61. Jönköpings läns landsting
62. Kalmar läns landsting
63. Kronobergs läns landsting
64. Norrbottens läns landsting
65. Skåne läns landsting
66. Stockholms läns landsting
67. Södermanlands läns landsting
68. Uppsala läns landsting
69. Värmlands läns landsting
70. Västerbottens läns landsting

71. Västernorrlands läns landsting
72. Västmanlands läns landsting
73. Västra Götalands läns landsting
74. Örebro läns landsting
75. Östergötlands läns landsting
76. Institutionen för odontologi vid Göteborgs universitet
77. Institutionen för odontologi vid Karolinska institutet
78. Institutionen för odontologi vid Umeå universitet
79. Sektionen för hälsa och samhälle, Högskolan Kristianstad
80. Odontologiska Institutionen vid Region Jönköping
81. Odontologiska fakulteteten, Malmö högskola
82. Sveriges tandläkarförbund
83. Sveriges tandhygienistförening
84. Svenska tandsköterskeförbundet
85. Sveriges tandteknikerförbund
86. Sveriges folktandvårdsförening
87. Svensk förening för bettfysiologi
88. Svensk förening för Cariologi
89. Svensk förening för odontologisk radiologi
90. Svensk förening för oral protetik
91. Svensk förening för Orofacial Medicin
92. Svensk käkkirurgisk förening
93. Svenska ortodontiföreningen
94. Svenska Parodontologiföreningen
95. Svenska Endodontiföreningen
96. Svensk samhällsodontologisk förening
97. Föreningen svensk dentalhandel
98. Tandvård mot tobak
99. Lika Unika
100. Handikappförbundens samarbetsorgan
101. SPF Seniorerna
102. Pensionärernas riksorganisation (PRO)
103. Sveriges konsumenter
104. Sveriges Privata specialisttandläkare
105. Distrikt tandvården
106. City Dental
107. Praktikertjänst
108. Privattandläkarna
109. Smile Tandvård
110. Tandläkare – Egen verksamhet (TEV)
111. Tjänstetandläkarna
112. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha inkommit till Socialdepartementet **senast den 2 februari 2016**. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se

Notera att endast ett remissvar ska lämnas vilket inkluderar synpunkter på såväl betänkandet SOU 2015:76 som på Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets delredovisning Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård.

Förlängd remisstid kan inte medges.

I remissvaren ska Socialdepartementets diarienummer S2015/05570/FS åberopas.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet.

Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

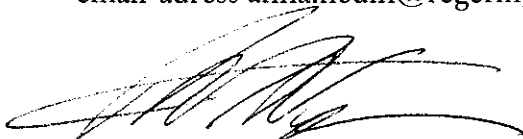
För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss – hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets webbplats www.regeringen.se.

För att läsa bilaga (1-4) till utredningen, "*ett tandvårdstöd för alla*"
Vänligen besök nedanstående länk:

<http://www.regeringen.se/contentassets/215dfdb4959942bca6e032c6b4f9c2af/ett-tandvardsstod-for-alla-fler-och-starkare-patienter-sou-2015-76-bilagedel.pdf>

Frågor under remisstiden besvaras av Anna Hedin telefon 08-405 46 34,
email-adress anna.hedin@regeringskansliet.se



Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm

Samordningskansliet
Charlotte Funseth
Tfn: 063-14 75 51
E-post: charlotte.funseth@regionjh.se

2016-01-11

RS/1759/2015

Sammanfattning av remiss: SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla - fler och starkare patienter

Länkar till hela remissen:

[Remiss: SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla - fler och starkare patienter](#)

[Bilagedel till Remiss: SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla - fler och starkare patienter](#)

Sammanfattning

Tandvårdsreformen 2008 innebar ett systemskifte i tandvården. Reformens mål var att bibehålla tandhälsan hos dem med inga eller små tandvårdsbehov och att ge stöd vid stora tandvårdsbehov samt att möjliggöra en god kostnadskontroll för staten. En central ambition var också att stärka patienternas ställning i tandvården.

Reformen präglades i hög grad av erfarenheterna från tidigare tandvårdsstöd; inte minst den reform som hade genomförts 2002 och som ledde till en omotiverat kraftig och starkt kostnads-drivande ökning av efterfrågan på protetisk tandvård för äldre.

Sedan 2008 har befolkningens tandhälsa förbättrats väsentligt vilket är en mycket positiv utveckling. Det är fortsättningen på en trend som pågått under mycket lång tid. Tandhälsans utveckling får också konsekvenser för användningen av tandvårdsstödet.

Reformen innebar en betydande förstärkning av statens tandvårdsstöd. Alla som besöker tandvården får allmänt tandvårdsbidrag (ATB). De som har ersättningsberättigande tandvårdskostnader över 3 000 kronor under ett år får del av högkostnadsskyddet. Det första året avsattes närmare sex miljarder kronor för reformen. Inte vid något tillfälle hittills har dock de anslagna medlen för tandvårdsstöd förbrukats – något som förklaras både av överskattade beräkningar, en låg användning i vissa grupper och den förbättrade tandhälsan.

Utredningens uppdrag har varit att genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform, med tonvikt på frågor om information om tandvårdsstödet, besöksfrekvenser i tandvården, prisjämförelsetjänsten för tandvård samt uppföljning och kontroll.

Besöksfrekvenserna och tandvårdsstödet fördelning följer i stor utsträckning tandhälsan i befolkningen

I dag är det drygt 71 procent av befolkningen som besöker tandvården under en tvåårsperiod - vilket är ungefär lika stor andel som i början av reformen. Andelen har ökat i vissa åldersgrupper och minskat i andra – och den kan komma att minska ytterligare, främst till följd av en förbättrad tandhälsa. Det är osäkert om en större andel av befolkningen besöker tandvården i dag jämfört med före reformen eftersom det saknas jämförbara data över tid.

Tandstatus är en mycket viktig förklaringsfaktor till skillnader i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper, dvs. med en god tand-hälsa behöver man inte komma till tandvården lika ofta. Personer som är yngre än 29 år respektive äldre än 64 år har ökat sin besöksfrekvens sedan 2009. En bidragande orsak kan vara att yngre och äldre får högre ATB. Att allt fler, framför allt unga människor och andra med god tandhälsa, är anslutna till s.k. abonnemangs-tandvård kan också ha bidragit till att fler unga i dag besöker tandvården regelbundet. Det är svårare att förklara utvecklingen för de som är äldre än 64 år eftersom utvecklingen har påverkats av övergångsreglerna från det tidigare stödet som gällde fram till 2008; den s.k. 65-plusreformen.

Andelen av befolkningen som avstår från att besöka tandvården trots att de känner ett behov har minskat sedan reformen och är nu ca 15 procent. Denna andel är ungefär lika stor i tandvården som i hälso- och sjukvården. Andelen av befolkningen som av ekonomiska skäl avstår tandvård, trots att de har behov, minskade också vid tiden för reformens införande. Denna andel är dock betydligt större inom tandvården än inom hälso- och sjukvården.

Det finns socioekonomiska skillnader i tandvården när det gäller besöksbenägenhet. Det är t.ex. en större del av de arbetslösa än av de yrkesarbetande som inte besöker tandvården. De socioekonomiska skillnaderna har minskat något för vissa grupper sedan reformen. Andelen av befolkningen som avstår tandvård av ekonomiska skäl, trots behov, har minskat i alla socioekonomiska grupper. De socioekonomiska skillnaderna kvarstår dock i huvudsak. I vissa grupper är det också vanligare att enbart göra akuta besök, dvs. när man väl besöker tandvården har problemen blivit större – med följden att tandvårdskostnaderna blir högre, men också andelen som får det högsta skyddet mot höga kostnader.

Fördelningen av tandvårdsstödet i befolkningen – både ATB och skyddet mot höga kostnader - speglar relativt väl tandvårds-behoven och tandstatusen. De som besöker tandvården får i genomsnitt ca 1 200 kronor i tandvårdsstöd, med stora variationer uppåt och nedåt. Den lägsta andelen av tandvårdsstödet går till de yngsta, som har bäst tandhälsa. Stödet ökar sedan med stigande ålder. Högst genomsnittligt tandvårdsstöd har personer mellan 65 och 74 år – den av alla åldersgrupper som i genomsnitt också har de största tandvårdsbehoven och högsta tandvårdskostnaderna.

Patientens egen kostnad utgör i genomsnitt 70 procent av tandvårdskostnaden. Patientkostnaden har minskat för i stort sett alla grupper till följd av reformen, utom för dem som tidigare hade fått omfattande tandvård genom 65-plusreformen. Allt fler människor har fått del av högkostnadsskyddet eftersom beloppsgränserna för att få rätt till skyddet har varit nominellt oförändrade – och i genomsnitt en allt högre ersättning jämfört med om beloppsgränserna skulle ha justerats i takt med prisutvecklingen. Andelen av befolkningen som får del av skyddet mot höga kostnader har ökat till 18

procent. Motsvarande andel av alla patienter som besöker tandvården under ett år har ökat till knappt 30 procent – trots de förbättringar som skett av tandhälsan.

De som får del av skyddet mot höga kostnader får i genomsnitt en ersättning på ca 3 350 kronor, med stora variationer uppåt och nedåt. Det är högre jämfört med 2009 och en ökning har skett i stort sett i alla åldersgrupper; särskilt bland de yngsta men det rör sig då om små volymer.

Av alla de som besöker tandvården har 7 procent, eller ca 283 000 personer, tandvårdskostnader som överstiger beloppsgränsen 3 000 kronor två år i rad. Det är dubbelt så stor andel som man antog inför reformen.

Alla som besöker tandvården får ATB. För de som har små eller inga behov av annat än förebyggande tandvård har stödet urholkats eftersom ATB inte justerats i takt med prisutvecklingen och därför bidrar med en mindre andel av deras tandvårdskostnader i dag jämfört med i början av reformen.

Fri prissättning på tandvård har funnits sedan 1999. Vårdgivarnas priser på tandvård ökade till följd av reformen. Priserna på omfattande behandlingar ökade i snabbare takt efter reformen än före. Vårdgivarpriserna har också ökat i snabbare takt än de av staten fastställda referenspriserna på tandvårdsåtgärder. Referenspriserna är överlag normbildande för priserna, men det förekommer variationer – vilket är naturligt vid fri prissättning.

Det finns indikationer på att tandvårdsmarknaden inte fungerar helt optimalt. Priskonkurrensen kunde vara större. Patienter har små möjligheter att ifrågasätta behandlare när det gäller t.ex. bedömning av vårdbehov och nödvändig behandling. Patienten utnyttjar inte sina möjligheter och har ofullständiga konsumenträttigheter.

Allmänhetens kännedom om tandvårdsstödet har ökat sedan reformen infördes – närmare 70 procent känner till att det finns. Kännedomen ligger klart i paritet med eller högre än andra jämförbara områden. Fortfarande är det dock många människor som inte känner till tandvårdsstödet eller vad det konkret innebär för dem.

Reformen innebar en ökad reglering av vårdgivarnas skyldighet att informera patienten om behandlingsalternativ, priser m.m. Patienter och behandlare i tandvården har emellertid delvis olika bilder av hur mycket information man får respektive ger om kostnads-förslag och priser m.m. i samband med besök och behandling. Tandvårdspatienter är dock tämligen lojala och inte särskilt priskänsliga. Det kan bl.a. bero på att det inte finns objektiva underlag för att bedöma kvalitetsaspekter för olika vårdgivare och mottagningar – och att patienterna sannolikt sätter likhetstecken mellan pris och kvalitet. En viktig orsak kan också vara att tandvårds-patienternas kunskap om referenspriser och fri prissättning är låg, vilket motverkar en välfungerande tandvårdsmarknad.

Det finns i dag en prisjämförelsetjänst för tandvård på 1177.se. Anslutningen av privata vårdgivare är väldigt begränsad och tjänsten används i mycket liten utsträckning. En utvärdering har därför inte kunnat göras. Prisuppgifterna i tjänsten ger inte en

fullständig information och tjänsten saknar kvalitetsindikatorer. Statens styrning av tjänsten och dess utformning har varit begränsad.

Inom tandvården finns vissa undersökningar som på en övergripande nivå mäter patienternas uppfattning om bemötande m.m. och de ger en väldigt positiv bild. Inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg gör man sedan länge nationella patient/brukarundersökningar och resultaten publiceras på enhetsnivå. Detta görs ännu inte i tandvården.

Ingen myndighet eller organisation har i dag ett övergripande ansvar för information till allmänheten om tandvård och de olika tandvårdsstöd som erbjuds av staten och landstingen. Försäkrings-kassan har ett allmänt ansvar för det statliga tandvårdsstödet men bedriver ingen riktad information till allmänheten eller till specifika målgrupper. Det finns ingen sammanhållande instans som kan ge patienten/konsumenten rådgivning om tandvård och tandvårds-stöd.

Tandvårdspatienter har ett svagt konsumentskydd. Det saknas regler för när ett fel i en behandling kan anses ha uppstått och hur det kan reklameras. Det finns heller ingen gemensam klagomåls-hantering för tandvårdspatienter. Patienter hos de privata vårdgivare som varken är medlemmar i Privattandläkarna eller har avtal om vuxentandvård med landsting/patientnämnd, har ingenstans att vända sig med klagomål.

Innehållet i tandvården har påverkats av reformen och av tandhälsans utveckling

Regelverket för vilken tandvård som ska berättiga till tandvårds-ersättning baseras på den s.k. portalparagrafen i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Paragrafens utformning ger utrymme för olika tolkningar när det gäller ambitionsnivån för tandvårds-stödet. Regelverket har sedan reformen successivt utvecklats och även anpassats till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentand-vården. Utvecklingen har bl.a. inneburit vissa höjningar av ambitions-nivån för vilken tandvård som kan ersättas, men från en inledningsvis försiktig nivå. Regelverket har blivit mer omfattande och detaljerat i strävan att fånga komplexiteten i tandvården. Regelverket för ersättningsberättigande tandvård har blivit mera känt och fått en ökad acceptans hos vårdgivarna.

Innehållet i den ersättningsberättigande tandvård som konsumeras har förändrats sedan reformen. Bl.a. har konsumtionen av tand-reparationer och protetik minskat som en följd av den förbättrade tandhälsan. Andelen patienter med tandskador p.g.a. karies minskade successivt från 27,1 till 23,2 procent mellan 2009 och 2014. Andelen av tandvårdens patienter som fick reparera sina tänder p.g.a. tandskador minskade från 54,1 till 49,7 procent under samma tid. Trenden framåt är sannolikt en fortsatt minskning.

Antalet basundersökningar per invånare har i stort sett legat stilla. Andelen som utförs av tandhygienister har ökat.

Antalet förebyggande åtgärder och informationsåtgärder vid t.ex. risk för karies har minskat kraftigt, medan antalet patienter som bedömts som kariessjuka - och antalet motsvarande åtgärder för dessa - har ökat kraftigt - vilket sannolikt är en diagnosglidning p.g.a. regeländringar.

Regelverket och villkoren för vissa diagnoser och åtgärder kan således ha en styrande effekt på patienters och vårdgivares beteende.

Staten har god kostnadskontroll – men kostnadsutvecklingen för stödet har varit mycket svag

De ursprungliga kostnadsberäkningarna för reformen var överskattade såväl när det gäller besöksfrekvenser som antalet patienter och genomsnittlig konsumtion. De beräknade, beteendemässiga effekterna av reformen har varit begränsade. Ända sedan reformens början har kostnaderna för tandvårdsstödet blivit betydligt lägre än de anslagna medlen, trots att man dragit ner anslagsnivån vid ett tillfälle. Utöver vad som sagts ovan är det ytterligare två faktorer som bidragit till det lägre utfallet: dels att det finns grupper i befolkningen där besöksfrekvenserna i tandvården fortfarande är förhållandevis låga och dels att den förbättrade tandhälsan har bidragit till en lägre tandvårdskonsumtion än vad som annars skulle blivit fallet.

Utgifterna för ATB respektive högkostnadsskyddet påverkas av olika faktorer, vilket försvårar arbetet med prognoser för kostnadernas utfall. Försäkringskassans prognoser till regeringen för tandvårds-stödet görs delvis med hjälp av de prognoser som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tar fram för referenspriser och beloppsgränser – vilket i praktiken innebär att TLV har stort inflytande på prognoserna och därmed indirekt också nivån på det statliga anslaget som TLV har ansvar för att inte överskrida.

Den metod för kostnadskontroll som byggdes in i tandvårds-stödet – som TLV förfogar över – har ännu inte behövt användas eftersom kostnaderna inte ökat som beräknat. Detta trots att TLV har byggt ut regelverket för vilken tandvård som berättigar till ersättning. TLV har dock inte haft verktyg för eller uppdrag t.ex. att påverka besöksfrekvenserna.

Av de administrativa kostnaderna för berörda myndigheter går sammantaget en större del till efterhandskontroller och en mindre del till information och patientinriktade aktiviteter. De administrativa kostnaderna för vårdgivarna ökade i samband med reformen men har därefter sannolikt minskat. Det saknas dock ett tillförlitligt underlag för att bedöma utvecklingen.

Det finns förbättrings- och utvecklingsmöjligheter för styrning, uppföljning, kontroll och samverkan

Ansvarsfördelningen mellan och styrningen av de tre myndigheter som ansvarar för olika delar av tandvårdsstödet – Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen - är otydlig. Tandvårdsstödet utgör endast en liten del av verksamheten vid respektive myndighet; något som försvårar styrningen och prioriteringen av dessa frågor. Den nuvarande uppföljningen av tandvården, tandvårdsstödet och tand-hälsan är fragmenterad och delvis begränsad. Ingen myndighet har heller ett samlat ansvar för analys, utvärdering och statistik på området. Samverkan mellan berörda myndigheter fungerar i huvudsak väl, men det finns områden som kan förbättras, framför allt när det gäller uppföljning och analys.

Samarbetet behöver bli betydligt bättre kring hur data från tandvårds- och tandhälsoregistren kan användas för att ge en bättre och bredare bild av utvecklingen, bl.a. som ett stöd för uppföljning av reformen.

Underlaget för att följa tandhälsa och tandvårdskonsumtion hos barn och unga, som till skillnad från vuxentandvården idag bygger på aggregerade data, behöver förbättras. Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller har utvecklats och förbättrats, men det finns fortfarande behov av att utveckla bl.a. principerna för urval av kontrollobjekt. Arbetet under 2014 med rapporten om omfattningen av de felaktiga utbetalningarna har givit Försäkringskassan bättre förutsättningar att arbeta mer ändamåls-enligt med felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet. Omfattningen av dessa kan nu följas upp och analyseras bättre.

Försäkringskassan bedömer att de felaktiga utbetalningarna utgör mellan 100 och 180 miljoner kronor per år. Försäkrings-kassans återkrav av tandvårdsstöd uppgår till omkring 20 miljoner kronor per år.

De sanktionsmöjligheter som Försäkringskassan förfogar över används inte i någon högre utsträckning eller är inte tillräckligt skarpa. Nuvarande sanktionsmöjligheter kan inte användas när vårdgivare, vid en efterhandskontroll, inte kommer in med tillräcklig dokumentation som styrker att den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden faktiskt är utförd. Sanktionsmöjligheterna förhindrar inte heller att oseriösa vårdgivare medvetet utnyttjar tandvårdssystemet genom att få ersättning för vård trots att dokumentation helt saknas. Vid upprepade återkrav eller om Försäkringskassan använder sig av sanktionen "innehållande" finns det vissa vårdgivare som slutar att rapportera i sitt befintliga bolag för att i stället starta ett nytt.

Det ställs i dag få krav på en vårdgivare för att ansluta sig till Försäkringskassan elektroniska system och ta del av tandvårds-stödet.

Det saknas bestämmelser som reglerar när i tiden Försäkrings-kassan kan kvitta en fordran avseende statligt tandvårdsstöd.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att Tandvårds-reformen 2008 var en bra reform men...

Reformen har skapat goda förutsättningar för och kan bidra till fler tandvårdskontakter i befolkningen. Besöksfrekvenserna påverkas dock av flera faktorer än stödet, t.ex. den förbättrade tandhälsan. Med bättre tandhälsa och en god egenvård minskar behovet av täta tandvårdsbesök.

Färre människor uppger i dag att de, trots behov, avstår tandvård av ekonomiska skäl jämfört med före reformen. Minskningen syns i alla socioekonomiska grupper. Högkostnadsskyddet ger också ett reellt skydd för patienter som drabbas av höga tandvårdskostnader. Utfallet är jämligt i den meningen att "sällan-besökarna" får högre ersättning från högkostnadsskyddet när de väl besöker tandvården. Men det finns fortfarande vissa, framför allt socioekonomiskt svaga grupper som besöker tandvården i mindre utsträckning än andra, trots att många individer kan antas ha behov av tandvård. Regelverket för ersättningsberättigande tandvård styr tydligare mot den tandvård som prioriteras utifrån det statliga åtagandet och som ligger i linje med Nationella riktlinjer

för vuxentandvård. Det finns också en tydlig ordning för att hålla statens kostnader inom den uppställda ramen – även om den i praktiken inte har behövt tillämpas sedan reformen trädde i kraft. Men regelverket för ersättningsberättigad tandvård har blivit alltmer detaljerat och kan uppfattas som komplicerat. Det kan vara svårt för patienterna att förstå och för behandlarna att tillämpa och förklara. Detalj-rikedom speglar komplexiteten i tandvården och strävan att styra stödet och referenspriserna efter kostnaderna för olika åtgärder - vilket krävs i ett styckeprisbaserat system.

Tandvårdsstödet bygger på att patienten alltid bär en ganska stor del av sin tandvårdskostnad själv. De kostnadsdrivande inslagen är således begränsade. Reformen förutsätter starka och informerade patienter. Men i verkligheten har patienterna i dag ganska svårt att värdera om de får rätt vård och om priset de betalar är rimligt. Patienternas möjligheter att få sin sak prövad är begränsade.

Samarbetet mellan närmast berörda myndigheter fungerar bra i dag men samordningen och styrningen av myndigheternas arbete och resurser hade kunnat vara bättre och hade sannolikt ökat tandvårdsstödet positiva effekter. Allmänhet och patienter hade kunnat få bättre information och stöttning i olika avseenden. Regeringen hade kunnat få en bättre återkoppling kring stödets effekter.

Det finns inga mål formulerade för hur stödet ska bidra till att en viss tandhälsa uppnås. Det finns patienter, framför allt äldre, som kan hamna i gränslandet mellan det statliga tandvårdsstödet och landstingens tandvårdsstöd. Det finns också utvecklingsmöjligheter när det gäller samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvården.

Utredningens överväganden och förslag

Utredningen ser behov av att ge betydligt bättre support till allmänhet och patienter i tandvården, främst genom kraftfullare insatser av information och rådgivning. Det finns behov av en ”folkbildningsinsats” som kan bidra till en bättre fungerande tandvårdsmarknad där maktbalansen mellan patient och behandlare jämnas ut och patientens ställning stärks.

Utredningen förslår därför ett antal åtgärder för att stärka patientens ställning:

- Bättre information och rådgivning. Försäkringskassan ges ett utökat uppdrag i denna del.
- Bättre möjligheter till jämförelser av pris och kvalitet i tandvården. Prisjämförelsetjänsten förstärks och alla vårdgivare ska ansluta sig. Jämförelser ska kunna göras baserat på faktiskt debiterade priser. Priserna kompletteras med mått på patient-bedömd kvalitet som inhämtas genom en nationell patientenkät för tandvården.
- Ett förbättrat konsumentskydd för tandvården. En utredning tillsätts för att föreslå konkreta åtgärder.

Utredningen ser också behov av en bättre styrning och prioritering av stödet utifrån ett behovsperspektiv inom den totala ramen för stödet och föreslår därför åtgärder för att åstadkomma ett mer träffsäkert tandvårdsstöd.

- Förbättrat ATB för gruppen 65–74 år. Denna grupp har i dag störst tandvårdsbehov och högst tandvårdskostnader av alla grupper.

- Återställning av beloppsgränserna i högkostnadsskyddet, dvs. av nivån för ”stora tandvårdsbehov”, till 2008 års reala nivå samt en värdesäkring framöver, kopplad till prisbasbeloppet.
- En engångsvis uppräknings och fortsatt värdesäkring även av ATB.

Slutligen ser utredningen behov av bättre kontroll, uppföljning och analys samt bättre styrning från regeringen av berörda myndigheter i arbetet med tandvårdsstödet.

Utredningen föreslår ett antal åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar av stödet

- Försäkringskassan ska göra en mer systematisk uppföljning och rapportering av felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd.
- En skyldighet införs för bl.a. Skatteverket att underrätta Försäkringskassan vid misstanke om felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet.
- Förstärkning av nuvarande sanktionsmöjligheter mot vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter.
- Utökade krav på vårdgivare för att få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system. Vårdgivaren ska uppge om personer med ett väsentligt inflytande över verksamheten varit anslutna tidigare. Anslutning till prisjämförelsetjänsten blir obligatorisk.

Utredningen föreslår också åtgärder för bättre styrning och upp-följning av stödet.

- Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen ges ett gemensamt uppdrag att göra en samlad analys av hur stödet kan bidra till en önskvärd utveckling av konsumtion och tandhälsa samt att ta fram indikatorer för utvärdering. De ska även stärka samarbetet om register och statistik.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram underlag för beslut om hur tandvård och tandhälsa för barn och unga kan omfattas av tandhälsoregistret

Utredningen föreslår vidare några åtgärder för förbättrad mun- och tandhälsa.

- Ett arbete initieras, som leds av Socialstyrelsen, om hur en bättre samverkan kan åstadkommas mellan tandvården och hälso- och sjukvården.
- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ett kunskaps-underlag om munhälsans bestämningsfaktorer i syfte att integrera munhälsan i folkhälsoarbetet.

Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård

– delredovisning 1 oktober 2015 med förtydliganden den
9 oktober

Citera gärna Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets rapporter, men glöm inte att uppge källa: Rapportens namn, år och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, 1 samt 9 oktober, 2015
Författare: Christian Ahlin, Heléne Lindblad Jonsson, Gun-Britt Lundin och
Gunilla Rönnholm. Diarienummer: 1762/2015

Postadress: Box 22520, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Fleminggatan 7, 4 trappor, Stockholm
Telefon: 08 568 420 50
www.tlv.se

Förord

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) är den myndighet som beslutar om vilka behandlingar som ska ingå i det statliga högkostnadsskyddet för tandvård. Vi bestämmer även om referenspriser för olika tandvårdsåtgärder.

TLV fick 2015 regeringens uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård. Syftet är att förbättra tandvårdspatienternas tillgång till priser för att stärka patientens ställning och konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Rapporten är en delredovisning av det arbete som är gjort hittills.

Stockholm den 1 oktober 2015

Sofia Wallström
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
1 Inledning.....	6
1.1 Uppdrag enligt regeringsuppdrag	7
1.2 Tandvårdsutredningen (SOU 2015:76)	8
1.3 TLV:s tolkning av uppdraget.....	9
2 Befintlig tjänst.....	10
2.1 Om tjänsten "Hitta och jämför vård och tandvårdsjämförelse"	10
2.2 Säkerställande av befintlig tjänst år 2015.....	10
3 Framtida möjlighet för prisjämförelsetjänst.....	12
3.1 Tandvårdsutredningen	12
3.2 Erfarenheter befintlig tjänst	12
3.2.1 Tvingande anslutning till HSA-katalogen.....	13
3.2.2 Lågt deltagande och användning	14
3.3 Konceptuell skiss framtida utveckling	16
3.3.1 Bakgrund.....	16
3.3.2 Process	19
3.3.3 Resonemang och förslag	19
3.3.4 Exempel på en komplexare vy (prisjämförelsevy)	23
3.4 Säkerställande av pristjänst från 2016 och framåt	24
3.4.1 Upphandlingsstrategi	24
3.4.2 Upphandlingsförfarande.....	24
3.4.3 Aktiviteter under hösten 2015	24
4 Förslag till genomförande och framtida hantering	26
4.1 Hantering av befintlig tjänst.....	26
4.2 Förslag till utveckling av framtida tjänst.....	26
Referenser	27
Bilaga 1 Vyer sökfunktioner.....	29
Bilaga 2 Teknisk specifikation befintlig tjänst	30
Arkitektur	30
1177.se - .Net-applikation	31
HSA	31
Logicas IdP	32
Mina Vårdkontakter	32
SiteSeeker.....	32
SITHS	32
TLV	32
Funktioner.....	32

Prisinmatningsgränssnitt	32
Invånargränssnittet	33
Begreppsmodell	33
Tillgänglighet	35

1 Inledning

I propositionen Statligt tandvårdsstöd (prop. 2007/08:49) angav regeringen att tandvårdsreformen innebär att staten väsentligt ökar sin andel av tandvårdens finansiering. Därför ansåg regeringen att det var viktigt att marknadens funktionssätt förbättrades genom åtgärder som skulle stärka patientens ställning, bland annat genom förbättrad information om priser och kvalitet hos olika vårdgivare samt att denna information skulle vara lättillgänglig och lättbegriplig. I propositionen föreslog regeringen att vårdgivarna skulle vara skyldiga att lämna vissa uppgifter om t.ex. priser, bland annat i syfte att stärka patientens ställning. För att stärka patientens ställning gavs Försäkringskassan i uppdrag att utveckla en prisjämförelsetjänst och vårdgivarna blev skyldiga att rapportera in priser till Försäkringskassan. Prisjämförelseportalen var en elektronisk tjänst som redogjorde för tandvårdsgivarnas priser på de olika ersättningsberättigande tandvårdsåtgärderna och de referenspriser som fastslås av TLV.¹

I början av 2010 hade flertalet landsting registrerat sina priser för Folktandvården, men endast en fjärdedel av de privata vårdgivarna². Vid denna tid hade Försäkringskassan möjlighet att hålla inne ersättning för tandvård till vårdgivare som inte anslutit sig till jämförelsepristjänsten. Denna möjlighet användes inte då det konstaterades att det fanns brister i tjänsten och tekniska svårigheter för vårdgivarna att ansluta sig och rapportera in sina priser.

Under 2010 gav regeringen uppdrag till en annan aktör att ta fram en ny prisjämförelsetjänst.³

Tandvårdsgivarna är sedan 1 januari 2012 inte längre enligt lag skyldiga att rapportera in sina priser till portalen utan detta ska ske på frivillig basis.⁴

På 1177.se fanns sedan tidigare tjänsten "Hitta och jämför vård", som omfattade landstingsfinansierade hälso- och sjukvårdsmottagningar. I utvecklingen av jämförelsetjänsten för tandvård angavs det att det fanns många synergier att hämta, och därför bedömdes 1177.se som en lämplig kanal för tandvårdstjänsten som går under namnet "Hitta och jämför vård och tandvårdsjämförelse". Vid årsskiftet 2012/2013 övergick uppdraget att förvalta 1177.se till Stockholms läns landsting, på uppdrag av samtliga

¹ Kommittédirektiv 2008 års tandvårdsreform (Dir 2014:28)

² Kommittédirektiv 2008 års tandvårdsreform (Dir 2014:28)

³ Den 23 juni 2010 gav regeringen Socialstyrelsen uppdrag att betala ut 15 000 000 kronor till Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) för att utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvård. Tjänsten skulle vara leveransklar i januari 2012. (S2009/10156/HS)

SKL som gav uppdraget vidare till Inera AB i egenskap av förvaltare av webbplatsen 1177.se

⁴ Prop. 2011/12:7, Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar

landsting och regioner via Inera AB, som är ägare av tjänsten och koordinerar förvaltningen.

Staten har både finansierat uppbyggnad av den första pristjänsten i Försäkringskassans regi (29,7 miljoner kr)⁵ och den befintliga tjänsten på 1177 (15 miljoner kr) samt finansierat ett årligt driftbidrag om 1,9 miljoner kr för tandvårdsprisjämförelsen på 1177. Dessa medel har hittills gått till SKL och inte förenats med särskilda villkor. SKL har via Inera AB betalat ut medlen till SLL som har uppdrag att förvalta 1177.

1.1 Uppdrag enligt regeringsuppdrag

Regeringen beslutade 21 maj 2015 (S2015/3800/FS) att ge Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) i uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård.

För att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård får TLV använda högst 1 900 000 kronor under 2015. Dessa kostnader ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 24 Prisjämförelsetjänst tandvård. För merkostnader för uppdragets genomförande får TLV använda högst 600 000 kronor under 2015. Dessa kostnader ska belasta utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg, anslaget 1:6 Bidrag till folkhälsa och sjukvård, anslagsposten 18 God vård och folkhälsa.

Medlen utbetalas engångsvis efter rekvisition ställd till Kammarkollegiet. Rekvisitionen ska ske senast den 1 december 2015. Medel som inte har utnyttjats ska återbetalas till Kammarkollegiet senast den 31 mars 2016. Vid samma tidpunkt ska en ekonomisk redovisning över använda medel lämnas till Kammarkollegiet.

En delrapport ska redovisas senast den 1 oktober. Uppdraget ska slutredovisas senast 15 februari 2016.

Myndigheten ska säkerställa en konkurrensneutral och icke-diskriminerande webbaserad prisjämförelsetjänst som ökar möjligheten för allmänheten att få en bild av prisnivån för olika ersättningsberättigande åtgärder och som möjliggör jämförelser mellan olika vårdgivare. Informationen ska vara lättillgänglig och lättbegriplig. Vidare ska prisjämförelsetjänsten finnas tillgänglig på en webbplats där information om och jämförelser av andra hälso- och sjukvårdstjänster presenteras. Tjänsten ska vara objektiv och fri från kommersiella intressen. Prisjämförelsetjänsten ska vara utformad på ett

⁵ Försäkringskassan, Svar på regeringsuppdrag Slutredovisning avveckling av prisjämförelsetjänsten, 2012-02-03, Dnr 0260-2011.

Kostnad för utveckling av tjänsten uppgick till 29 780 064 kronor. Kostnad för drift i Försäkringskassans regi oktober 2009-januari 2011 uppgick till 496 334 kr per månad.

sådant sätt att såväl offentliga som privata tandvårdsgivare kan ansluta sig till tjänsten.

Den utredning som pågick 2014/15 beträffande 2008 års tandvårdsreform (dir. 2014:28) hade bland annat i uppdrag att se över olika aspekter av en prisjämförelsetjänst. TLV ska i uppdraget beakta utredningens arbete inom detta område. Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd, i fortsättningen kallad Tandvårdsutredningen, redovisade sitt arbete 31 augusti 2015.

1.2 Tandvårdsutredningen (SOU 2015:76)

Tandvårdsutredningen, hade inom ramen för sitt uppdrag i uppgift att lämna förslag om hur patienternas möjlighet att jämföra priser och kvalitet kan förbättras. Utredningen som presenterades 31 augusti 2015 bedömde att den nuvarande prisjämförelsetjänsten bör förstärkas och göras obligatorisk för de vårdgivare som vill ansluta sig till Försäkringskassans system för det statliga tandvårdsstödet. Prisjämförelsetjänsten bör kompletteras med prisinformation som grundar sig på faktiska priser samt kvalitetsmått i form av patientbedömd kvalitet för varje mottagning.⁶

Utredningen bedömde vidare att plattformen 1177.se är den ur patientperspektiv lämpligaste placeringen av prisjämförelsetjänsten. För att säkra långsiktigheten bör en särskild överenskommelse träffas mellan staten och landstingen/SKL om villkoren för drift och utveckling av tjänsten. TLV bör ges uppdrag att, i samråd med berörda parter, ta fram ett förslag till sådan överenskommelse som kan godkännas av regeringen. TLV bör, i enlighet med det särskilda uppdraget från regeringen, för statens räkning ansvara för att prisjämförelsetjänsten fungerar enligt intentionerna.

Utifrån den bedömningen föreslog utredningen att TLV ska ansvara för att det finns en prisjämförelsetjänst för tandvård som möjliggör jämförelser av priser på tandvårdsåtgärder och patientbedömd kvalitet mellan vårdgivare. TLV ska få meddela närmare föreskrifter om prisjämförelsetjänsten. Försäkringskassan ska beräkna och lämna uppgifter om vårdgivarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder avseende varje mottagning till prisjämförelsetjänsten. Socialstyrelsen ska lämna uppgifter om patientbedömd kvalitet avseende vårdgivarnas mottagningar till prisjämförelsetjänsten.

⁶ SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla, Fler och starkare patienter. Betänkande av Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd. <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/08/WebbPDF-3.pdf>

1.3 TLV:s tolkning av uppdraget

TLV påbörjade informationsinsamling och marknadsanalys efter att ha mottagit uppdraget i slutet av maj 2015. Syftet var att skaffa kunskap om vad marknaden erbjuder och vilka leverantörer som finns.⁷

Myndigheten har genomfört en kartläggning av befintliga tjänster som svarar mot uppdragets beskrivning. TLV kan konstatera att även om det finns en handfull webbplatser som i någon utsträckning och omfattning presenterar pris på tandvård, så finns det endast en tjänst som presenterar någon prisinformation tillgänglig på en webbplats där information om och jämförelser av andra hälso- och sjukvårdstjänster även presenteras, nämligen 1177.se.

I denna delrapport beskrivs hur TLV avser att säkerställa befintlig tjänst för 2015 för att svara mot uppdraget.

Analysen har tydliggjort problem med anslutning och användning av befintlig tjänst som svårligen kan avhjälpas utan en genomgripande förändring. I rapporten presenteras därför en konceptuell skiss för framtida utveckling i syfte att stärka konsumenters ställning på tandvårdsmarknaden.

TLV har beredskap att från hösten 2015 utveckla den konceptuella skissen tillsammans med intressenter (tandvården, tandvårdens intresseorganisationer, relevanta myndigheter samt eventuella privata aktörer) för att kostnadseffektivt utveckla och genomföra en lösning med brett stöd.

⁷ Bland annat har följande externa informationsinsamlingsmöten genomförts: Tandvårdsutredningen 12/6 (Agneta Rönn, Bessam Saleh), Inera AB 18/6 (Sofie Zetterström), Delphi 22/6 (Sara-Li Olovsson och Martin Bogg), SLL 24/6 (Kim Nordlander och Anna Rajkowska), SLL 1/7 (Eva-Lena Nordkvist), Kontakt med SKL (Jenny Carlsson, Leo Ruostejoki), Privattandläkarna 31/8, Sveriges konsumenter 11/9, SKL, Folktandvårdsföreningen 14/9.

2 Befintlig tjänst

2.1 Om tjänsten "Hitta och jämför vård och tandvårdsjämförelse"

"Hitta och jämför vård" är en tjänst med kontaktuppgifter till vårdmottagningar. Innehållet i "Hitta och jämför vård" hämtas framför allt från katalogtjänsten HSA.

Prisjämförelsetjänsten för tandvård har funnits på 1177.se sedan 2012. Det är fortfarande väldigt få privata tandläkare som anslutit sig till tjänsten och ännu färre som redovisar priser.

Jämförelsetjänsten för tandvård består av:

- Ett inmatningsgränssnitt (administrationsgränssnitt) som ger möjlighet för autentiserade vårdgivare att kunna registrera prisuppgifter för de åtgärder som omfattas av referensprislistan och uppgifter om garantier för sin mottagning samt att ladda upp och visa en fullständig prislista
- Ett kontaktkort med prislista. Denna del ger tandvårdskonsumenter möjlighet att hitta och söka information om tandvårdgivarnas pris och garantier på såväl vårdgivar- som på individuell behandlarnivå. Förutom mottagningens utbud och prislista visas referenspriser och redaktionellt bearbetade informationstexter.

Själva jämförelsetjänsten består av två delar, dels visning av kontaktuppgifter och en möjlighet att jämföra priser och garantier på exempelbehandlingar, dels en möjlighet att utgå ifrån ett befintligt kostnadsförslag och jämföra det med dessa åtgärder hos andra vårdgivare.

I Bilaga 1 illustreras den befintliga söktjänsten ur ett användarperspektiv.

I Bilaga 2 redogörs för den befintliga tjänstens arkitektur, funktioner och tillgänglighet.

2.2 Säkerställande av befintlig tjänst år 2015

TLV fick uppdraget att säkerställa prisjämförelsetjänsten i maj 2015. En betydande del av tjänsten var då redan konsumerad.

För att säkerställa befintlig tjänst under år 2015 finns två huvudsakliga alternativ:

- 1) att direktupphandla tjänsten för 2015 eller
- 2) att inleda ett formellt upphandlingsförfarande av tjänsten så snart som möjligt.

TLV anser vid en sammantagen bedömning, efter att ha tagit in en extern rättsutredning, att direktupphandling och tilldelning av avtal till befintlig leverantör avseende tjänsten för 2015 är det enda praktiskt möjliga givet förutsättningarna som råder.

3 Framtida möjlighet för prisjämförelsetjänst

3.1 Tandvårdsutredningen

Tandvårdsutredningen (SOU 2015:76) hade inom ramen för sitt uppdrag i uppgift att lämna förslag om hur patienternas möjlighet att jämföra priser och kvalitet kan förbättras. Utredningen bedömde att den nuvarande prisjämförelsetjänsten bör förstärkas och göras obligatorisk för de vårdgivare som vill ansluta sig till Försäkringskassans system för det statliga tandvårdsstödet. Prisjämförelsetjänsten bör kompletteras med prisinformation som grundar sig på faktiska priser samt kvalitetsmått i form av patientbedömd kvalitet för varje mottagning.⁸

Utredningen bedömde vidare att plattformen 1177.se är den ur patientperspektiv lämpligaste placeringen av prisjämförelsetjänsten. För att säkra långsiktigheten bör en särskild överenskommelse träffas mellan staten och landstingen/SKL om villkoren för drift och utveckling av tjänsten. TLV bör ges uppdrag att, i samråd med berörda parter, ta fram ett förslag till sådan överenskommelse som kan godkännas av regeringen. TLV bör, i enlighet med det särskilda uppdraget från regeringen, för statens räkning ansvara för att prisjämförelsetjänsten fungerar enligt intentionerna.

Utifrån den bedömningen föreslog utredningen att TLV ska ansvara för att det finns en prisjämförelsetjänst för tandvård som möjliggör jämförelser av priser på tandvårdsåtgärder och patientbedömd kvalitet mellan vårdgivare. TLV ska få meddela närmare föreskrifter om prisjämförelsetjänsten. Försäkringskassan ska beräkna och lämna uppgifter om vårdgivarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder avseende varje mottagning till prisjämförelsetjänsten. Socialstyrelsen ska lämna uppgifter om patientbedömd kvalitet avseende vårdgivarnas mottagningar till prisjämförelsetjänsten.

3.2 Erfarenheter befintlig tjänst

Befintlig prisjämförelsetjänst för tandvård har funnits sedan 2012. Det är fortfarande väldigt få privata tandläkare som anslutit sig till tjänsten och ännu färre som redovisar priser.

⁸ SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla, Fler och starkare patienter. Betänkande av Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd. <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/08/WebbPDF-3.pdf>

Problemen med den befintliga tjänsten har dock funnits under lång tid och inneburit att konsumenterna inte haft tillräcklig tillgång till relevant information för att kunna jämföra pris på tandvårdstillfredsställelse.⁹ Det är av stor vikt för marknadens funktionssätt att det finns en fungerande prisjämförelsetjänst.

Konsumenternas informationsunderläge är stort.¹⁰ Eftersom tandvård är en kombinerad produkt och tjänst är det en större utmaning med prisjämförelser än om det bara skulle vara en produkt.

Dessutom det faktum att marknaden utgörs av offentliga och privata aktörer ger ytterligare en dimension till utmaningen eftersom de bland annat har olika förutsättningar organisatoriskt. Det är dock utmaningar som kan hanteras med nytt synsätt.

3.2.1 Tvingande anslutning till HSA-katalogen

Anslutning till HSA-katalogen är en förutsättning för tjänsten hitta och jämför vård och tandvårdsjämförelse på 1177.se. Detta var något som angavs i originaluppgiften.¹¹ Tjänsten kräver att mottagningen är ansluten till HSA-katalogen för att mottagning ska tillåtas visa kontaktuppgifter eller kontaktuppgifter och pris. Denna tvingande HSA-koppling är ett problem som behöver hanteras för att uppnå större deltagande från branschen. Ett förslag om koppling till Försäkringskassan presenteras senare i kapitlet.

Anslutning till HSA är förknippad med en avgift. Enligt Inera AB, (som förvaltar HSA), är de centrala kostnaderna för HSA baserade på antal poster en mottagning har i HSA-katalogen (uppgifter om personer, enheter och organisationer) och att kostnaden för varje post är 29 kronor per år.¹² Utöver de centrala kostnaderna tillkommer kostnad för eventuell utbildning av personal, bemanning av tjänster och liknande. Dessa kostnader hanteras av respektive organisation.

⁹ SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla, Fler och starkare patienter. Betänkande av Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd. <http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/08/WebbPDF-3.pdf>

¹⁰ Konkurrensverket redogjorde för denna problematik i rapporten Konkurrens i Sverige 2013. Konkurrensverket (2013) Konkurrensen i Sverige 2013, rapport 2013:10, kapitel 4 Ökad konkurrens för bättre tandhälsa http://ptl.se/wp-content/uploads/ptl/Utskick/rapport_2013-10_kap4_tandvard.pdf

¹¹ I rapporten "Slutrapport Projekt Jämförelsetjänst Tandvård", sammanfattades redan 2012 problematiken med HSA. "Den absolut största (resultat)risken i projektet har varit de privata vårdgivarnas svårighet att komma med i HSA. HSA-anslutningen har lyfts fram som en förutsättning i beställningen i och med att HSA är basen i nationella e-hälsostategin. Förstudien lyfter inte fram riskbilden och det var mycket svårt att tidigt i projektet förstå konsekvenserna av förordat alternativ./.../ Hela strukturen har varit gjord för och anpassad till landstingens och regionernas verksamheter. Detta gäller exempelvis villkor för projektdeltagande, styrning och påverkan av 1177.se och möjligheten att ansluta till HSA. Källa: Slutrapport Projekt Jämförelsetjänst Tandvård, 2012-01-13 Slutrapport_Projekt_Jämförelsetjänst_tandvard v1.0

¹² Inera AB, Kostnader för HSA, 2015-07-01 <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/HSA/Kostnader-for-HSA/>

Det faktum att det skapats en marknad för HSA-ombud visar hur krävande administrationen av kontaktuppgifter via HSA är. Det är en stor insats som krävs av enskild aktör att administrera kontaktuppgifter på egen hand. I dagsläget finns det fyra företag som verkar som HSA-ombud; Svensk e-identitet, Lorenbergs Communications AB, IT Omsorg i Stockholm AB och Almaso för tandvården AB.¹³

3.2.2 Lågt deltagande och användning

Marknaden för tandvård består av både offentliga och privata vårdgivare. De offentliga vårdgivarna, Folktandvården, finns i samtliga 21 landsting med cirka 880 mottagningar. Fem folktandvårder bedrivs i bolagsform. Privattandvården består av cirka 2 000 vårdgivare med cirka 3 550 mottagningar. Många är småföretag men det har även skett en etablering av tandvårdskedjor.

Ungefär 58 procent av patientbesöken inom vuxentandvård görs hos privat vårdgivare och 42 procent hos Folktandvården.

Folktandvårdens mottagningar är anslutna till tandvårdsjämförelsen på 1177. Dock är andelen privata tandvårdsgivare som anslutit sig till tjänsten fortsatt låg.

Mål och ambitionsförklaringar angående ökad anlutning av vårdgivare har inte uppnåtts. Ambitionen var att minst 87 procent av de offentliga vårdgivarna och 75 procent av de privata skulle anslutit till tjänsten år 2012 och för år 2013 var motsvarande mål 97 procent respektive 87 procent. (S2009/10156/FS, 20120612).¹⁴

Status över anslutning enligt återrapportering från Inera avseende 2013 och avseende SKL 2014 till Kammarkollegiet:¹⁵

- ~ 40 % av de privata tandvårdsmottagningarna i landet var anslutna till tjänsten med kontaktuppgifter och information om verksamheten
- ~ 10 % av de privata tandvårdsmottagningarna i landet visade upp sina priser i jämförelsetjänsten

Uppgifter om anslutningsgraden går dock isär. Enligt uppgift från Tandläkartidningen var anslutningsgraden ännu lägre under 2013. De menar

¹³ <http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/HSA/Anslutning-till-HSA/Tredjepartanslutning/>

¹⁴ Ambitionsförklaring mellan Socialdepartementet, Privattandläkarna och Sveriges Kommuner och Landsting avseende åren 2012 och 2013. Regeringens skrivelse 2012/12:44, Riksrevisionens rapport om det statliga tandvårdsstödet <http://www.regeringen.se/contentassets/68bd19ee788448d3817ef212b8073e8b/skr.-20121344-riksrevisionens-rapport-om-det-statliga-tandvardsstodet>

¹⁵ SKL, Ekonomisk slutrapport avseende prisjämförelsetjänst för tandvård hos SLL, 2015-03-24

Inera AB, Återrapportering avseende erhållet bidrag för prisjämförelsetjänst för tandvård 2013, 2014-07-21 (Kammarkollegiets dnr 10.2-403-13)

att i januari 2013 var knappt 29 procent av alla privata tandvårdsmottagningar anslutna till jämförelsetjänsten, och av dem var det få som hade lagt in sina priser och bara cirka fyra procent av landets privata tandvårdsmottagningar var med i prisjämförelsetjänsten.¹⁶

Riksrevisionen har belyst i en rapport¹⁷ om det statliga tandvårdsstödet att det fanns en risk att inte heller den nya prisportalen, lanserad 2012, skulle fungera. Anledningen som Riksrevisionen framförde var bland annat att tandläkarna saknar incitament att lägga in priser i portalen och att många konsumenter inte känner till portalen och därmed inte kan använda sig av den.

2015 är det fortsatt lågt deltagande från den privata tandvården, som utgör större delen av den svenska tandvårdsmarknaden.

Tjänsten når varken målgrupp konsumenter eller tandvårdsmottagningar i tillfredsställande utsträckning. Användningen av prisjämförelsetjänsten är mycket låg. I återrapportering från SKL till Kammarkollegiet 2015 (avseende 2014) angavs att mindre än 1 procent av användarna på 1177 går in på sidan. Samma uppgift förekommer i återrapportering avseende 2013. Analys av trafikdata tillhandahållen av SLL till TLV visar på en ännu lägre användning av tjänsten. I följande tabell presenteras resultaten från analysen.

¹⁶ Tandläkartidningen, Privattandvården ratar prisjämförelsetjänst, 2013-02-21
<http://www.tandlakartidningen.se/vad-hande-sen/privattandvarden-ratar-prisjamforelsetjanst/>

I tal såg det ut så här i januari 2013:

Av 3 077 privata mottagningar i landet var 129 med i prisjämförelsetjänsten.

Sammanlagt 883 privata mottagningar var anslutna till jämförelsetjänsten och hade minihemsidor med information.

Drygt 800 folktandvårdsmottagningar var anslutna och med i prisjämförelsetjänsten.

¹⁷ RIR 2012:12 Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?

Tabell 1 Sammanställning av användarstatistik

Sök på Hitta och jämför vård och tandvård				
	Varav sök tandvård		varav sök vård	
	2014 (feb-dec)	2015 (jan-jun)	2014 (feb-dec)	2015 (jan-jun)
Rader	538	560	1289	1290
Användare	8565	5268	21316	12780
Sidvisningar	10621	7290	28853	17790

Sök på Hitta och jämför vård och tandvård				
Andel av trafik	Varav sök tandvård		varav sök vård	
	2014 (feb-dec)	2015 (jan-jun)	2014 (feb-dec)	2015 (jan-jun)
Rader	-	-	-	-
Sidvisningar av hitta vård	0,0999%	0,1187%	0,2713%	0,2896%
Användare av 1177.se	0,0102%	0,0063%	0,0254%	0,0152%

Not: Data från Google Analytics levererades 2015-07-01 av Eva-Lena Nordqvist, SLL till TLV. Data avser två tidsperioder, 2014 och 2015-01-2015-06. Uppdelning av vårdenheter och tandvårdsenheter har gjorts utifrån HSA-id.

Hitta vård i hela landet på 1177.se hade 10 634 502 sidvisningar 2014 och 6 143 179 år 2015 (jan-jun).

Hela 1177.se antas på årsbasis ha 84 000 000 användare.

0,01% (2014) 0,006% (2015 jan-juni) av alla som använder 1177 gör sök på tandvård (och jämför vårdgivare).

0,1% (2014) 0,12% (2015 jan-dec) av alla sidvisningar på hitta vård-delen gör sök på tandvård (och jämför vårdgivare).

3.3 Konceptuell skiss framtida utveckling

3.3.1 Bakgrund

Prisjämförelsetjänsten har sedan starten varit förenad med olika problem, till mångt och mycket på grund av komplicerade flöden och lågt användarstöd. Den andra portalen (den på 1177) kan ses som en förbättring jämfört med den första (den på Försäkringskassan). Dock kan konstateras att efter intervjuer med deltagare från båda projekten har tre aspekter identifierats som underskattats i båda prisportalprojekten:

- Kunskap
- Prisjämförelse (rättvis och enkel)
- Incitament för Tandvården att delta

Kunskap

Ett av problemen har varit att allmänheten har låg kännedom om att pris på tandvård varierar. Detta leder till att även om en fulländad tjänst byggs, så kommer sannolikt endast ett fåtal att besöka den.

Konsumenter har dåliga förutsättningar att veta var en sådan pristjänst skulle hittas ifall tjänsten inte hittas lätt via en populär sökmotor. 1177 är visserligen en naturlig plats för information om vård, tandvård och prisinformation. Dock bör informationen inte betraktas som exklusiv, det vill säga endast för 1177. Med öppen data kan prisinformation även tillgängliggöras via andra prisinformationstjänster vilket kan underlätta konsumenters tillgång till informationen.

Konsumenter har låg kunskap om vad tandvård och regelverk innefattar generellt. Att prisjämföra en produkt som en TV är lättare då aspekter som storlek, väggfäste eller kablage är konkret och tydligt, medan skillnaden mellan att använda kobolt-krom eller guld kräver djupare kunskap. Detta bidrar även till den stora tilliten som finns till tandvården idag.

Allmänheten behöver uppmärksammas på tjänsten. Allmänheten behöver kunna hitta tjänsten samt kunna fördjupa sin kunskap om tandvård i den grad som önskas.

Prisjämförelsen

Prisjämförelsen är viktig utifrån flera aspekter. Prisjämförelsen måste vara lätt att förstå för allmänheten.

Prisjämförelsen ska vara korrekt och rättvis. Detta innebär att priset för olika åtgärder, (exempelvis 850 implantatförankrad krona där materialen som räknas på är porslin och komposit), inte blir rättvist ifall en annan tandläkare utför samma åtgärder men med betydligt dyrare material, (som exempelvis guld). Orsaken till varierande materialval kan vara kundönskemål, specialisering eller dylikt, men poängen är att "äpplen med äpplen" ska kunna jämföras.

Privattandläkarna har i dialog gett uttryck för att de vill kunna konkurrera även på andra faktorer än pris, som exempelvis kvalitet, jourverksamhet eller annan specialisering.

Prisjämförelsen behöver därför vara komplex, omfattande och samtidigt lätt att förstå.

Incitament för tandvården att delta

Tjänsten behöver vara sådan att hela tandvården ser värdet med att delta. Tjänsten ska inte byggas för endera offentlig tandvård eller den privata utan den ska vara på ett sådant sätt att samtliga aktörer deltar enkelt och på lika villkor.

Utifrån initiala intervjuer så vill tandvården delta i en prisjämförelsetjänst. Däremot har fränfallet bestått av flera orsaker:

- Hinder mot att ansluta sig i form av kostnader och administration. I den andra portalen infördes krav på deltagande i HSA-katalogen (ansvarig organisations egen katalog som fungerar bra för sjukvård)

- Hinder mot uppdatering av egen prisinformation. Då HSA-katalogen enbart innehåller behörighetsstyrning måste tandvården ovanpå detta gå in och justera sina priser i ett separat gränssnitt. Inga integrationer till journalsystem finns för valfri automatisk överföring av prislister.
- Hinder i form av dubbla databaser i botten, i Stockholm fanns även EK-registret som orsakade dubletter i systemet.

TLV bedömer att incitament som kostnadsfri och enkel tjänst som innehåller korrekt information är de högst prioriterade för att tandvården i högre grad ska vilja delta på eget initiativ. Utifrån samtal med prisjämförelseleverantörer¹⁸ så finns väldigt många effektiva alternativ att på ett korrekt sätt låta en stor mängd leverantörer, i detta fall vårdgivare, uppdatera sin prisinformation utan en central behörighetsdatabas. Då prisinformation inte relaterar till patientsäkerhet¹⁹ finns föga behov för ett sådant avancerat behörighetssystem som HSA i detta sammanhang. Denna rapport kommenterar inte HSA utanför kontexten administrationsverktyg för prisjämförelsetjänst tandvård.

Oväntade effekter

Att införa en prisjämförelse är inte enbart positivt, det kan uppstå oönskade effekter av att ha en fungerande tjänst. Exempel som framkom under intervjuerna:

- Dels finns risk för att "stacking" förekommer, ifall priset pressas på de individuella åtgärderna så görs istället bara flera i kombination, trots att en räcker för patienten.
- Dels finns risk för att "alternativa åtgärder" förekommer. Trots att det statliga regelverket är brett och täckande gör tandvården själv små justeringar i innehållet för att kunna motivera stora ändringar i pris.
- Att rapportera ett pris i systemet som inte motsvarar det faktiska priset eller att pris på mottagning ändras snabbare än det uppdateras i pristjänst.

Det behövs åtgärder för att minimera "stacking", "alternativa åtgärder" samt säkra att priser som anges stämmer överrens med verkligheten. Förslag på dessa beskrivs i konceptuella skissen nedan.

Vad är kvalitet

Att jämföra pris utifrån kvalitet är lika centralt som det är komplext. Därför kommer tjänsten designas så att den kan hantera flera parallella samt fortlöpande ändringar till begreppet kvalitet (i form av indataflöden samt presentationen av dessa) utan att det tillkommer stora kostnader. Att också via användartester komma fram till en design som stödjer presentation av den enskilda konsumentens begrepp av kvalitet ses som en central aktivitet att utredas. I tandvårdsutredningens betänkande SOU 2015:76 lämnas

¹⁸ Pricerunner 12/12-14 (Peter Carlsson, General Manager samt Jakob Dahlner, Operations Manager), Prisjakt 12/12 -14 (Emil Hansson, VD)

¹⁹ Enligt definition i Patientsäkerhetslag (2010:659)

förslag om att Socialstyrelsen ska genomföra en årlig enkät för att mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå i tandvården.

3.3.2 Process

TLV har genomfört egna analyser samt fört dialog med Tandvårdsutredningen, Inera AB samt Stockholms Läns Landsting, med positiv feedback.

Processen för att få fram förslaget om framtida möjligheter har varit i form av workshops med en kombination av "deltagande design" samt prototyping. Målet har inte varit att ta fram användarflöden eller specifika vyer, utan syftet är att lyfta fram den övergripande arkitekturen inklusive förmågor/funktionalitet, få överblick över beroenden och kopplingar samt för att försöka värdera ifall effekten nås med den uppsättningen. En högre abstraktionsnivå har hållits för att deltagarna skulle reflektera över större objekt som aktörer/intressenter, relaterade objekt/system eller oväntade effekter.

TLV har även genomfört kortare avstämningsmöten med organisationerna Privattandläkarna, SKL, Folktandvårdsföreningen och Sveriges Konsumenter. Mötena har genomförts som en test av TLV:s idéer och ska inte i detta tidiga skede betraktas som någon formell avstämning av förslag.

Responsen på TLV:s tankegångar kring en förbättrad prisjämförelsetjänst har över lag varit positiv. Sveriges Konsumenter har presenterat en egen skiss över vad de anser vara nödvändiga funktioner som kompletterar förslaget väl.

SKL framhåller att kopplingen till dagens prisjämförelsetjänst via den så kallade HSA-katalogen måste förstås utifrån synsättet att tänderna ska vara en del av kroppen. Kopplingen till HSA är nödvändig för att olika e-hälsotjänster ska bli tillgängliga även inom tandvården, exempelvis "Mina vårdkontakter". SKL understryker vikten av att inte starta projekt som drar stora kostnader.

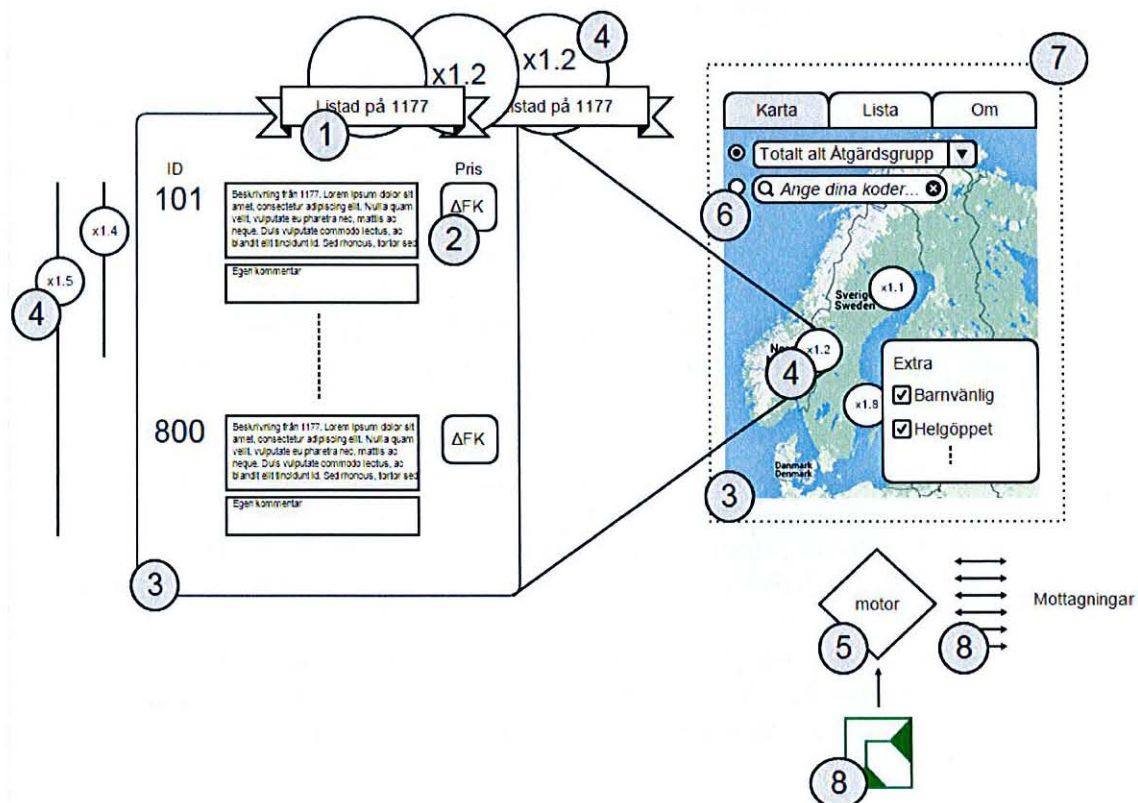
Företrädarna för tandvården visar förståelse för att HSA-lösningen kan medföra problem för förverkligandet av en prisjämförelsetjänst. Man ser positivt på förslag som kan skynda på utvecklingen av en prisjämförelsetjänst som i högre grad kan ge mervärde för patienter/konsumenter.

3.3.3 Resonemang och förslag

Den översiktiga skissen för framtida utveckling består av åtta delar:

1. Klistermärket
2. Prisjämförelse
3. Presentationen
4. Faktorn
5. Databasen
6. Sökmöjligheten
7. Relation till 1177
8. Indata

Figur 1 Konceptuell skiss idéer för framtida utveckling



Not: Den konceptuella skissen syftar till att illustrera lösningens åtta delar (1. Klistermärket, 2. Prisjämförelsen, 3. Presentationen 4. Faktorn, 5. Databasen 6. Sökmöjligheter, 7. Relation till 1177, 8. Indata) för att komma tillrätta med de tre aspekter som identifierats som tidigare förbisetts; 1. Kunskap, 2. Att göra prisjämförelsen rättvis och enkel samt 3. Ge tandvården incitament att delta.

TLV ämnar att tillsammans med intressenter utveckla den konceptuella skissen avseende önskad funktionalitet, användarvänlighet, arkitektur, flöden etc.

1. Klistermärket

Klistermärket utnyttjar ett koncept som TripAdvisor varit framgångsrika med. Företaget har byggt kännedom globalt genom en digital webbtjänst som bland annat synliggörs genom klistermärken vid entréer till hotell och restauranter.

Klistermärket har då antingen en stämpel likt “listad hos 1177”, eller en faktor eller en kombination av dessa två. Vilken lösning som väljs ska göras i samråd med tandvården. Märket behöver vara tilltalande för tandvården för att det ska sättas upp vid mottagningar. Se vidare punkt 4. angående faktor.

En variant av detta skulle kunna vara klistermärke i kombination med utmärkelser utifrån grunddata, eventuell patientenkät, metadata och platser. Exempelvis "Nöjdast kunder inom tandvård i Huddinge". Detta är något som behöver diskuteras vidare med intressenter, men det skulle kunna vara ett sätt att lyfta fram resultat från exempelvis patientenkäter.

2. Prisjämförelse

Prisjämförelsen föreslås ske med två eller tre mått: eget pris, median av inrapporterat pris till Försäkringskassan samt referenspris. Referenspriset visar vad priset är enligt föreskriften. Utifrån intervjuer har det framkommit att "eget pris" inte behövs ifall det inrapporterade priset från Försäkringskassan håller hög kvalitet. Behovet av att kunna komplettera med mottagningens pris är inte givet utan behöver diskuteras vidare. Det kan eventuellt vara ett fullgott alternativ att visa pris från Försäkringskassan kombinerat med referenspriserna.

Denna kombination av information gör det enkelt för användaren att sätta mottagningens pris i relation till två andra prisuppgifter. Avvikelser kan kommenteras och motiveras av mottagningen.

3. Presentationen

Presentationen av pris i rätt kontext är av stor vikt. Dels föreslås de "klarspråkade" texterna på 1177 visas i samband med pris så det går att skapa förståelse för vad priset faktiskt avser.

Denna åtgärd antas motverka problem med stacking och alternativ till viss del. Utöver detta föreslås tandvården erbjudas en kommentarsmöjlighet för avvikelser, exempelvis "på grund av bolagsförändringar stämmer inte priserna för 2015" eller "på grund av det lokala läget är priserna högre än medianen".

4. Faktorn

I tillägg till de tre prisuppgifterna föreslås att *en faktor*, som är en multipel av referenspriset, presenteras. Det vill säga att faktorn visar hur mottagningens priser står i relation till referenspriset. En faktor 1.0 anges således att mottagningens pris exakt motsvarar referenspriset. En högre faktor säger att priset på vad som jämförs är högre, likaså en faktor under 1 visar att priset understiger referenspris.

Faktorn kan presenteras på olika aggregerade nivåer. Exempelvis:

- 1) faktor per åtgärd,
- 2) faktor per åtgärdsserie och
- 3) faktor per alla åtgärder för mottagning.

Nivå på faktor presenteras utifrån vad användaren har för behov, exempelvis "billigaste fyllningen av kindtand", "billigast ifall man ska göra någon typ av fyllning" eller "billigast mottagning överlag".

5. Databasen

HSA-katalogen har representerat en stor utmaning i tidigare prisjämförelseprojekt och bristen på anslutning från privattandvården gör att mervärdena (exempelvis e-recept) löses på andra sätt.

Dialog med privata aktörer som är experter på datainsamling från leverantörer (prisjämförelsetjänsterna) har visat att de är öppna för kostnadseffektiva samarbetsformer. Det innebär att tandvården kan få många möjligheter genom annan "motor" än HSA-katalogen att hålla informationen uppdaterad manuellt, per automatiskt eller kombinationer av detta.

6. Sökmöjligheten

Att erbjuda en geografisk vy, en listvy samt en frisökning tillmötesgår de primära sökbeteendena, men ska självklart bekräftas via användartester. Det viktigaste är att kunna arbeta effektivt i sökningarna för att nå sitt resultat.

Exempelvis ska man kunna filtrera resultaten på "totalt", "åtgärdsgrupp" eller "åtgärd", där "åtgärd" blir en möjlighet att mata in en kombination av koder för att få den sammantaget bästa kostnadsbilden.

I kombination ska meta-data erbjudas som filtreringsmöjlighet, däribland barnvänlig, jourtider etc. Vilka data som ska erbjudas bör tas fram tillsammans med vårdgivarna.

7. Relation till 1177

Det som föreslås är en extern lösning som byggs för att kunna exponeras på 1177, men även på andra platser som anses passande för sammanhanget. Tillgängliggörandet av data görs med stöd i PSI-direktivet. Även privata aktörer ska kunna få tillgång till data.

8. Indata

Förslagsvis används inrapporterad data från Försäkringskassan som en datakälla. Försäkringskassan bör leverera medianpris per åtgärd för varje mottagning med jämna tidsintervall. Dessa data kan i vissa fall vara missvisande för en del åtgärder (framförallt 800 och 900-serien). Förslaget bygger på att databasen fylls på med information för alla mottagningar i Sverige, samt tre månader innan publicering kontaktas tandvården och erbjuds att själva gå in och ange sina egna priser för att på ett mer korrekt sätt avspegla sina priser. TLV rapporterar referenspris som en tredje datakälla.

Resultatet blir en tjänst som tar höjd för och hanterar en rad utmaningar som hittills hindrat tjänsten från att fungera.

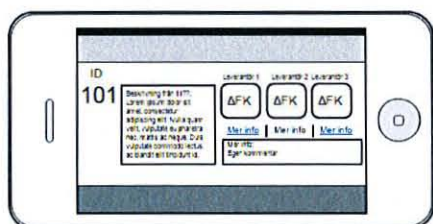
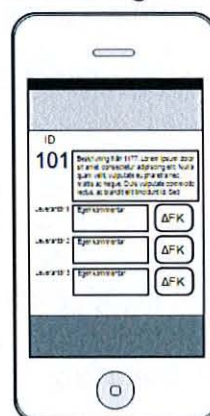
Figur 2 Dataflöde prisinformation

3.3.4 Exempel på en komplexare vy (prisjämförelsevy)

Vid jämförelse av priser för flera mottagningar utnyttjas att innehåll kan designas responsivt med exempelvis tekniker som Bootstrap.

Nedan i figuren till vänster visas ett utkast på en prisjämförelse för fyra mottagningar, layouten nedan visar en åtgärd, med referenspriset visat en gång, och respektive mottagningar åt höger.

I figuren till höger illustreras hur på en liten skärm i vertikalt läge samma objekt kan läggas för att göra det visuellt konsumerbart på ett hanterbart sätt, där kommer en mottagning åt gången med sina priser.

Figur 3 Konceptuell skiss jämförelse tre mottagningar horisontellt läge**Figur 4 Konceptuell skiss jämförelse tre mottagningar vertikalt läge**

Not: TLV ämnar att tillsammans med intressenter utveckla den konceptuella skissen avseende önskad funktionalitet, användarvänlighet, arkitektur, flöden etc.

Prioriterade områden för vidare utredning

- Tillförlitlig data är avgörande för korrekt prisjämförelse, och det kan även motivera att slippa inrapportering av eget pris samt alternativa

åtgärder. Hur intressenter ser på möjligheter att åtgärda detta är ett prioriterat område att analysera vidare.

3.4 Säkerställande av pristjänst från 2016 och framåt

3.4.1 Upphandlingsstrategi

Inför ett formellt upphandlingsförfarande krävs ett antal förberedelser, vilka bör inledas med att ta fram en *kravbild utifrån behov*. Genom att tidigt involvera slutanvändarna och övriga intressenter i upphandlingen säkerställs att det som upphandlas motsvarar de behov som finns.

TLV behöver genomföra en *marknadsanalys* för att skaffa sig kunskap om vad marknaden erbjuder och vilka leverantörer som finns. Kontakt med flera leverantörer ger en mer objektiv bild av det som ska upphandlas, så att man inte riskerar ställa krav i upphandlingen som leverantörer har svårt att leva upp till. Ogenomtänkta krav kan leda till onödigt höga priser eller att leverantörer avstår från att lämna anbud.

För att få en bra leverantör och tjänst är *dialog* inför upphandlingen ett bra verktyg där leverantör, slutanvändare och övriga intressenter är viktiga aktörer.

3.4.2 Upphandlingsförfarande

Utifrån behov och värde av det som ska anskaffas väljer myndigheten vilket upphandlingsförfarande som är lämpligt. Därefter ska ett förfrågningsunderlag arbetas fram för att säkerställa att upphandlingen tillgodoser de behov som finns, att konkurrensen på marknaden utnyttjas samt att upphandlingen genomförs effektivt och rättssäkert.

3.4.3 Aktiviteter under hösten 2015

Kravställning

Ett komplext tekniskt system ska klara av att leverera effektiv och hållbar nytta samt kunna möta långsiktiga behov. Detta till en så låg livscykelkostnad som möjligt samtidigt som det svarar mot krav på funktionalitet och kvalitet. Ett grundligt förfrågningsunderlag med den samlade kunskapen från alla intressenter och effektiv prioritering av kraven är avgörande för framgång.

TLV avser att med stöd av konsult genomföra ett kravställningsarbete avseende i huvudsak arkitektur, funktioner, flöden, tillgänglighet samt erfarenheter.

I detta arbete krävs att TLV även gör en extern granskning av tredje part för att möjliggöra styrning och uppföljning från TLV:s sida.

Upphandlingsform

TLV omfattas av bestämmelserna enligt lagen (2007:1091) om offentlig upphandling (LOU) då TLV är en upphandlande myndighet enligt 2 kap. 19 § första stycket LOU. Utgångspunkten är att en upphandlande myndighets alla köp av varor, tjänster eller byggtreprenader från, i förhållande till myndigheten, fristående juridiska personer ska föregås av upphandling om inget undantag från upphandlingslagarna är tillämpligt.

Om det rör sig om ett kontrakt som ska upphandlas enligt LOU är huvudregeln att öppet eller selektivt förfarande ska tillämpas om värdet av kontraktet överstiger det tillämpliga tröskelvärdet. Värdet av nuvarande tjänst är högst 1 900 000 kronor och överstiger det tillämpliga tröskelvärdet, varför bestämmelserna enligt LOU:s 4-14 kap. är tillämpliga. I samband med kravställningsarbetet för tjänsten behöver TLV med konsultstöd ta fram ett förfrågningsunderlag till upphandling med bland annat följande innehåll:

- Allmän orientering om upphandlingen
- Administrativa villkor för upphandlingens genomförande
- Krav på leverantören
- Krav på varan eller tjänsten som beskriver upphandlingsföremålet (kallas ibland teknisk specifikation eller kravspecifikation)
- Anbudsutvärdering (lägst pris eller ekonomiskt mest fördelaktigt) och tilldelningskriterier
- Kontraktsvillkor som ska gälla under avtalstiden
- Styrning under utvecklingstiden med delleveranser
- Uppföljning

Tidplan

Med beaktande av det komplexa system som ska kravställas samt den strategiska analys som krävs bedöms en estimerad tidplan enligt nedan vara görlig:

- Besätta roller såsom kravfångare, referensgrupp (bestående av konsumenter, konsumentorganisationer, branschorganisationer inom tandvården, privata tandvården, Folktandvården, myndigheter m.fl.) etc. 2 – 3 veckor
- Iterativ kravinsamling²⁰ 6-12 veckor
- Arbeta med upphandlingsunderlaget, 3 – 4 veckor

Upphandlingen bör kunna annonseras senast under tredje kvartalet 2016 vilket innebär att ett avtal med leverantör kan tecknas cirka 4 månader senare.

²⁰ Intervjuer, Konceptuellt system (arkitektur, flöden), prototyper, verifiera effektmål, löpande dokumentation av process och resultat

4 Förslag till genomförande och framtida hantering

4.1 Hantering av befintlig tjänst

TLV avser att säkerställa tjänst för 2015 genom ett direktupphandlingsförfarande där TLV tilldelar befintlig leverantör uppdraget. TLV avser att fatta beslut om direktupphandling under november. För tiden efter 2015 torde direktupphandling vara utesluten.

Enligt uppdraget får TLV använda högst 1 900 000 kronor för tjänsten under 2015. En förutsättning är att ett gediget underlag presenterats som motiverar utbetalningen. TLV har begärt att Inera AB ska specificera sina kostnader i detalj för perioden 1 januari – 31 december 2015 för att tillhandahålla tandvårdsjämförelsetjänsten på 1177.

TLV vill också få möjlighet att jämföra leverantörens åtgärder och arbete mot hur kraven som ligger till grund för hur leveransen uppfyllts, varför TLV även begärt att få ta del av befintliga avtal.

4.2 Förslag till utveckling av framtida tjänst

TLV har beredskap att parallellt med direktupphandlingsförfarandet 2015 fortsätta utveckling av konceptuell skiss för framtida utveckling i syfte att stärka konsumenters ställning på tandvårdsmarknaden. Den konceptuella skissen bör utvecklas tillsammans med intressenter.

TLV avser att med stöd av konsult genomföra ett iterativt kravinsamlingsarbete avseende i huvudsak arkitektur, funktioner, användbarhet samt tillgänglighet. Vidare avser TLV att med konsultstöd arbeta fram en riktning inom strategiska frågor såsom upphandlingsform, avtalsupplägg etc. Det krävs också ett omsorgsfullt arbete med leverantörskvalificerande krav, avtal, utvärderingsmodell, struktur etc. I detta arbete krävs gedigen styrning och uppföljning från TLV:s sida.

Målet är att ha ett underlag som inkluderar kravställningsarbete och upphandlingsunderlag vid slutredovisning av uppdraget senast 15 februari 2016 för ett framtida realiserbart projekt. Upphandling av en framtida tjänst bör kunna annonseras under tredje kvartalet 2016.

TLV föreslår att statlig finansiering för vidareutveckling av den befintliga tjänsten på 1177 under 2016 fryses samt att medlen används i utveckling av ny tjänst.

Referenser

Försäkringskassan (2012), Svar på regeringsuppdrag Slutredovisning avveckling av prisjämförelsetjänsten, 2012-02-03, Dnr 0260-2011

Inera AB (2011) Projektplan Jämförelsetjänst Tandvård v 1.1, Ebba Henning Planck, 2011-06-17

Inera AB (2011) Jämförelsetjänst Tandvård_1177.se, version 0.2, systemspecifikation för Jämförelsetjänsten, 2011-06-29

Inera AB (2012) Slutrapport Projekt Jämförelsetjänst Tandvård, Slutrapport v1.0, Ebba Henning Planck, 2012-01-13

Inera AB (2014) Återrapportering avseende erhållet bidrag för prisjämförelsetjänst för tandvård 2013, 2014-07-21 (Kammarkollegiets dnr 10.2-403-13)

Inera AB (2014) Verksamhetsplan 2015, Landsting och regioner i samverkan för e-hälsa, 2014-09-17, Version 1.01

Inera AB (2015) Uppdragsavtal med Stockholms läns landsting, version 0,1, senast ändrad 2015-05-11

Inera AB (2015) Kostnader för HSA, 2015-07-01
<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/HSA/Kostnader-for-HSA/>

Inera AB (2015) Tredjepartsanslutning, 2015-07-01
<http://www.inera.se/TJANSTER--PROJEKT/HSA/Anslutning-till-HSA/Tredjepartanslutning/>

Konkurrensverket (2013) Konkurrensen i Sverige 2013, rapport 2013:10, kapitel 4 Ökad konkurrens för bättre tandhälsa http://ptl.se/wp-content/uploads/ptl/Utskick/rapport_2013-10_kap4_tandvard.pdf

Kommittédirektiv 2008 års tandvårdsreform (Dir 2014:28)

Prop. 2011/12:7, Tandvård för personer med vissa sjuksomar eller funktionsnedsättningar

Regeringens skrivelse 2012/12:44, Riksrevisionens rapport om det statliga tandvårdsstödet
<http://www.regeringen.se/contentassets/68bd19ee788448d3817ef212b8073e8b/skr.-20121344-riksrevisionens-rapport-om-det-statliga-tandvardsstodet>

SKL, Ekonomisk slutrapport avseende prisjämförelsetjänst för tandvård hos SLL, 2015-03-24

SLL (2015) Förvaltningsplan 2015 Programområdet Invånartjänster, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 2015-04-22, version 3.0.

SLL (2014) Förvaltningsplan 2015 Programområdet Invånartjänster, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 2014-12-08, version 2.0.

SLL (2013) Förvaltningsplan 2014 Programområdet Invånartjänster, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting, 2013-12-20, version 1.0.

SOU 2015:76 Ett tandvårdsstöd för alla, Fler och starkare patienter.
Betänkande av Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd.

<http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2015/08/WebbPDF-3.pdf>

Tandläkartidningen, Privattandvården ratar prisjämförelsetjänst, 2013-02-21 <http://www.tandlakartidningen.se/vad-hande-sen/privattandvarden-ratar-prisjamforelsetjanst/>

PM, Upphandlingsrättslig analys med anledning av regeringens uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård, 25 juni 2015 samt tillägg till PM 14 juli 2015, Advokatfirman Delphi.

Välj upp till fyra mottagningar att jämföra.

I detta fall anges pris o kr, samtidigt som intervall, lägsta-högsta pris anges. Ingen inbyggd automatisk kvalitetskontroll av uppgifter. T.ex. att pris ryms inom intervall.

[illegible]

Sökresultat med prisuppskattning. Denna sökfunktion har annan ingång ur ett användarperspektiv än hitta och jämför.

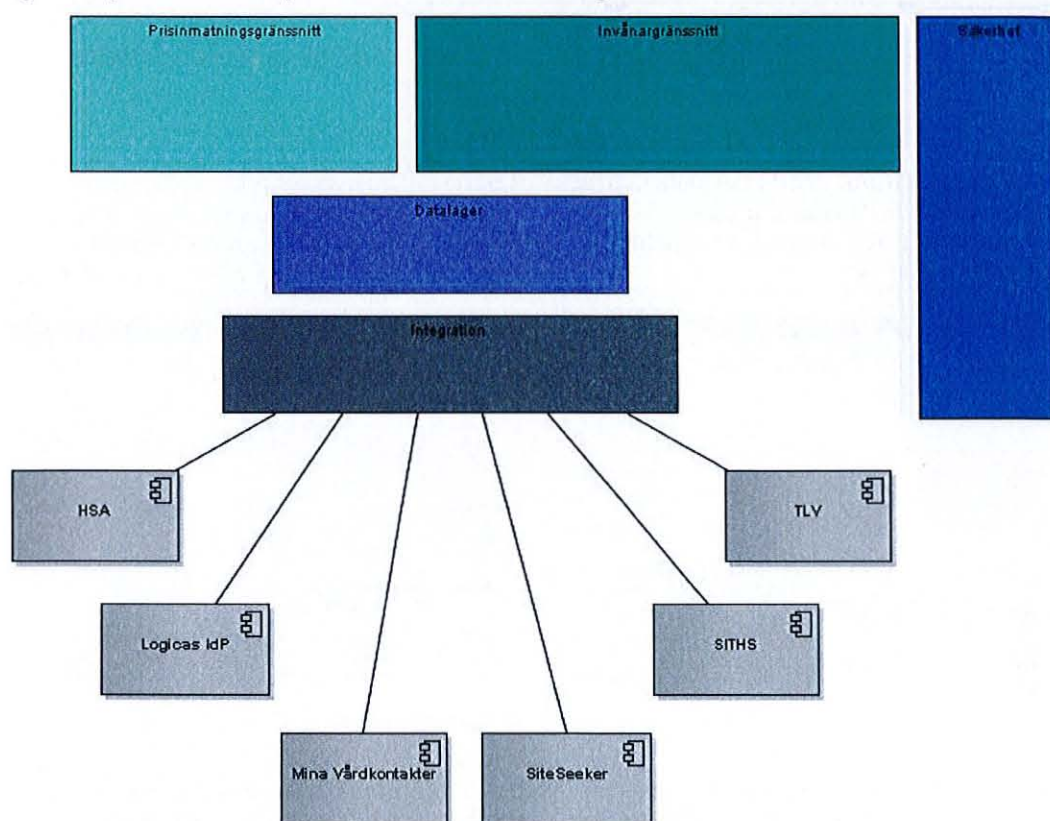
[illegible]

Bilaga 2 Teknisk specifikation befintlig tjänst

Arkitektur

För mer detaljerad information, vänligen läs "Funktionsspecifikation Tandvård 1177.se" v 0.2, modifierad 2011-06-29
Systemöversikt illustreras i följande figur.

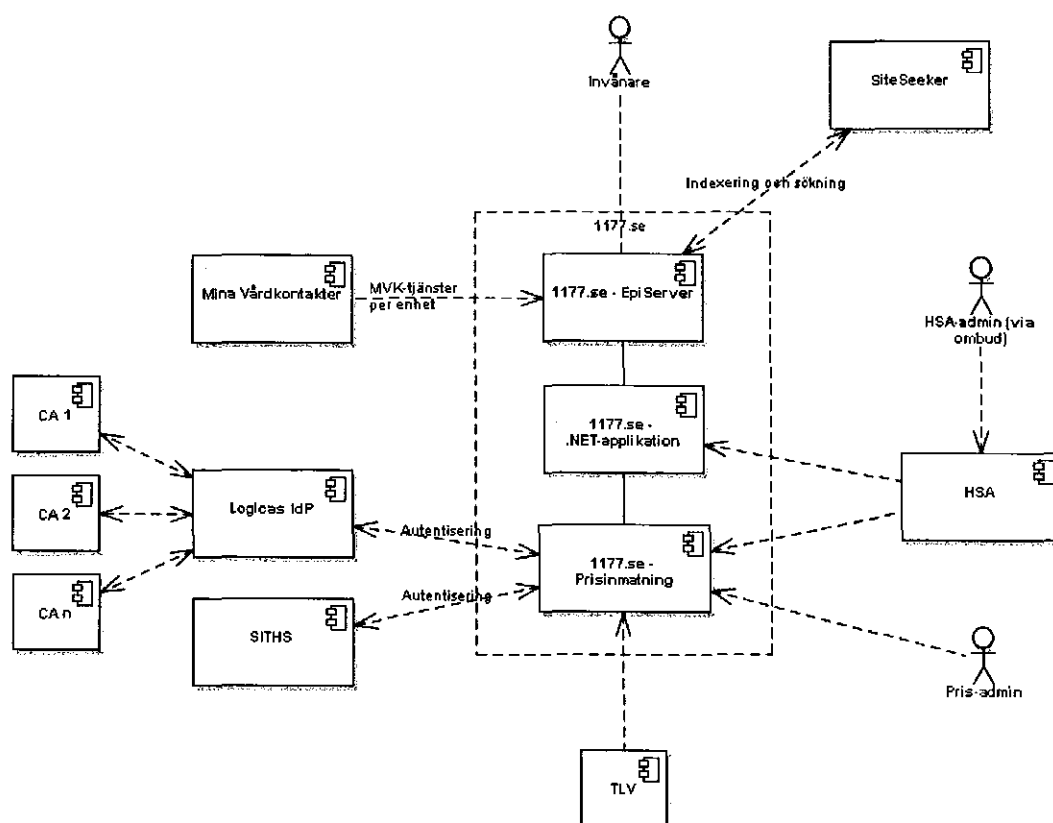
Figur 5 Systemets komponentområden och integrationer



Jämförelsetjänsten för tandvård omfattar två huvudområden:

1. Prisinmatningsgränssnitt och invånargränssnitt, där prisinmatningsgränssnittet är till för prisadministratörernas inmatning av priser, och
2. Invånargränssnittet är till för att invånare ska kunna söka information om vårdgivare, deras tjänsteutbud samt göra jämförelser mellan vårdgivare.

Figur 6: Översiktlig bild på systemet och dess integrationer



Autentisering sker mot Logicas IdP, vilken i sin tur har kontakt med de certifikatsutgivare (CA) som används för BankID/E-leg.

Autentisering av SITHS-kort sker via en direktkontakt med SITHS.

Integration med HSA är i den befintliga tjänsten en förutsättning, Integrationen sker via den redan upparbetade kanal som tagits fram för 1177.se.

Prisinmatningsgränssnittet skapar information som används i invånargränssnittet, som i sin tur tillgängliggörs.

1177.se - .Net-applikation

Denna integration är intern, och används för att dra nytta av befintlig kommunikationsväg mot HSA:s Webservice (via Sjunet).

1177.se nyttjar även information från jämförelsetjänstens databas, framförallt är det prislister som hämtas från databasen och visas upp i "Hitta och jämför vård".

HSA

HSA är i den befintliga tjänsten en grundförutsättning för jämförelsetjänsten, eftersom katalogen används som lagringsplats både för kontaktuppgifter (enheter och personer) och för behörighetsroller (personer). HSA anropas via Webservicemetoder.

De Webservicemetoder som anropas är:

- VpWGetPublicUnits (hämtar publika enheter som används i sökning)
- VpWGetPublicPersons (hämtar publika personobjekt, som visas på kontaktkort)
- GetHsaUnit (hämtar en viss enhet, för visning på kontaktkort)
- isAuthorizedToSystem (hämtar behörighetsroller för en viss, identifierad, person)
- GetPriceUnitsForAuth (hämtar en kollektion av objekt som kan ha prislista, används vid presentation av prisinmatningsgränssnittet)

Den felhantering som är implementerad i HSA:s Web Servicemetoder framgår av HSA:s dokumentation om Web Servicemetoderna, samt till en viss del av jämförelsetjänstens SAD.

Logicas IdP

Används för autentisering av BankID och E-leg (Nordea och Telia). Kommunikation sker över Internet, från tandvard.1177.se och tandvardtest.1177.se mot Logicas productions-IdP.

Mina Vårdkontakter

Länk och tjänsteutbud i MVK visas på kontaktkort för de enheter som har tjänsteutbud i MVK. Detta används av samtliga kontaktkort, dvs. Både för tandvård och för övriga enheter som visas i e-tjänsten "Hitta och jämför vård".

Integrationen innebär att anrop sker till tjänstegränssnitt hos MVK, och att information om enhetens tjänsteutbud i MVK presenteras på kontaktkortet.

SiteSeeker

Samma sökmotorinstans som används för 1177.se. Sökmotorn indexerar samtliga kontaktkort (även de som ingår i jämförelsetjänsten).

SITHS

Används för autentisering av de administratörer som loggar in med SITHS-kort. Autentisering av SITHS-användare innebär bl.a. att anrop sker till revokeringsserver för koll att SITHS-certifikatet är giltigt.

TLV

Tillhandahåller referensprislistan, som finns på TLV:s webbplats.

Funktioner

Prisinmatningsgränssnitt

Inloggning: prisinmatningsgränssnittet skyddas med hjälp av autentisering och behörighet. Autentisering görs med hjälp av SITHS-kort, BankID eller E-legitimation.

De informationsmängder som hanteras inom prisinmatningsgränssnittet är:

- Användare (inloggning)
- Behörighet (inloggning)
- Kontaktinformation om enheter och personer (prisinmatning)
- Prislistor (prisinmatning)
- Priser (prisinmatning)
- Referenspriser (prisinmatning)
- Garantier

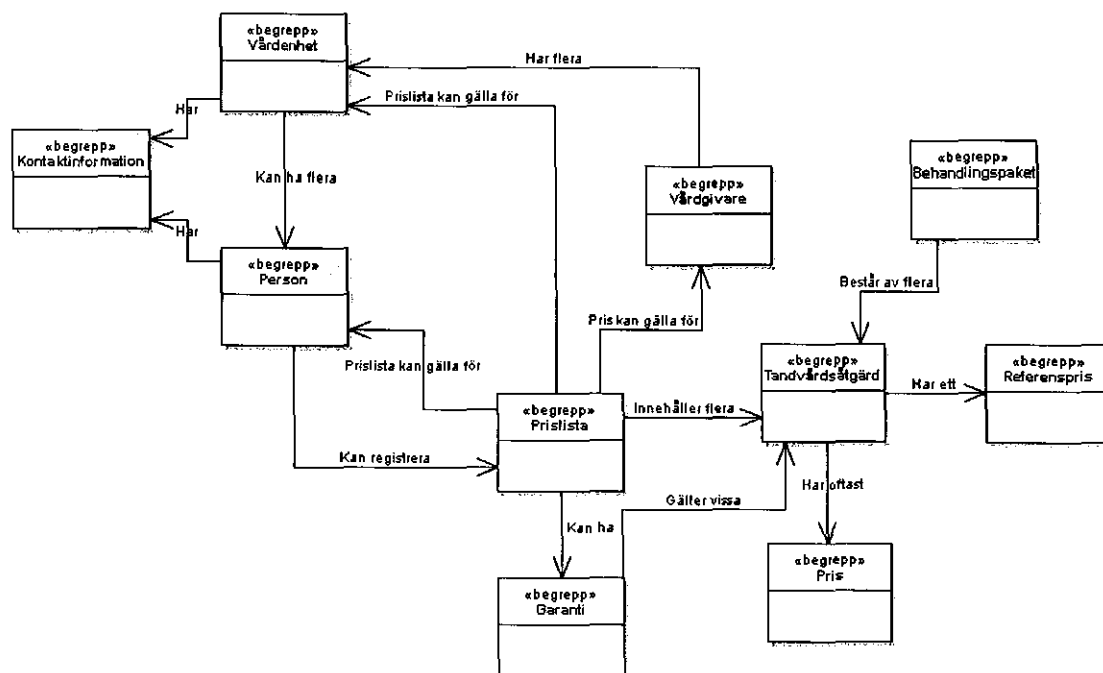
Invånargränssnittet

De informationsmängder som hanteras inom invånargränssnittet är:

- Kontaktinformation för enheter
- Kontaktinformation för personer (endast namn och titel)
- Priser (prislista, referenspriser, priser för behandlingspaket, garantier)

Begreppsmodell

Figur 7 Begreppsmodell



Tabell 2 Förklaring begreppsmodell

Benämning	Beskrivning	Egenskaper	Källa
Behandlingspaket	Behandlingsrelaterad samling av tandvårdsåtgärder som ofta utförs som en behandling. Behandlingspaket används vid prisjämförelse.	Ett behandlingspaket består av flera tandvårdsåtgärder	Projektets så kallade prisanalysgrupp, som bl.a. består av representanter från vårdgivare inom tandvårdsområdet, har definierat de

			behandlingspaket som används inom tjänsten
Garanti	Garanti är ett avtal man träffar med tandläkaren som innebär att man kan få en behandling omgjord utan extra kostnad, inom garantitiden. Garantin omfattar inte behandling som tillkommer eller val av annat material än det som tidigare använts. Garanti gäller vissa tandvårdsåtgärder	Garantier gäller för prislista	Vårdgivares garantivillkor
Kontaktinformation	Information som kan användas vid kontakt med vårdenhet eller person	Kan innehålla både information om kontaktmöjligheter och geografisk information	Kataloguppgift i HSA.
Person	Person som tillåter publik visning av personinformation	Person kan höra till en vårdenhet, kan ha och/eller registrera prislistor	Kataloguppgift i HSA.
Pris	Belopp, avser kostnaden för en viss tandvårdsåtgärd inom en viss prislista. Pris avser normalpris som innebär standardmaterial (i de fall där material ingår) och inga prisvariationer	Pris avser en tandvårdsåtgärd. Det är möjligt att utelämna pris pga. att pris saknas, att tandvårdsåtgärden ej utförs eller att tandvårdsåtgärden remitteras till annan vårdgivare	Vårdgivares pris på tandvårdsåtgärd
Prislista	En kollektion av tandvårdsåtgärder. Prislista har en viss giltighetstid	Prislista innehåller samtliga av de tandvårdsåtgärder som ingår i referens-prislista. Prislista kan gälla för en organisation, vårdenhet eller person	Vårdgivares prislista
Referenspris	Av TLV fastställt belopp. Referenspris sätts per tandvårdsåtgärd	Av TLV fastställt referenspris per tandvårdsåtgärd	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
Tandvårdsåtgärd	En specifik åtgärd. Kan också kallas för tandvårdsbehandling. Många av dessa ingår i TLV:s referensprislista	Tandvårdsåtgärder ingår i prislista. För varje tandvårdsåtgärd finns normalt ett referenspris och ett pris	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
Vårdenhet	En organisatorisk enhet som bedriver vård	En vårdenhet är en organisatorisk enhet. Vårdenhet kan finnas inom en organisation. Det kan finnas flera personer inom en vårdenhet. En vårdenhet kan ha en prislista	Kataloguppgift i HSA.

Vårdgivare	Definition i Socialstyrelsens termbank: sjukvårds-verksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårds-verksamhet (privat vårdgivare)	En prislista kan gälla för en organisation. En organisation består av flera vårdenheter	Kataloguppgift i HSA
------------	--	--	----------------------

Tillgänglighet

Avseende tillgänglighet specificeras det i bilaga 1 till "Uppdragsavtalet mellan SLL-Inera version 0.8". Detta har i skrivande stund inte levererats till TLV.

Carsten Dencker
Hälsö- och sjukvårdsstaben
Tfn: 063-14 75 34
E-post: carsten.dencker@regionjh.se

2015-12-16

Dnr RS/1792/2015
S2015/06987/FS

Socialdepartementet
Enheten för folkhälsa och sjukvård
s.registrator@regeringskansliet.se
s.fs@regeringskansliet.se

Svar på remiss Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården (Ds 2015:51)

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på rubricerade remiss.

I promemorian om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården föreslås att mammografi regelbundet ska erbjudas avgiftsfritt till kvinnor mellan 40 och 74 år. Det underliggande motivet till förslaget är att stärka kvinnors hälsa och att uppnå en mer jämlik vård.

Det är känt att det vid screening i form av mammografi och gynekologisk cellprovskontroll finns frånfall och att detta till viss del kan förklaras av socioekonomiska faktorer. Med tanke på detta är det glädjande om man på detta sätt kan öka tidig upptäckt av bröstcancer genom att öka täckningen vid undersökning med mammografi.

Region Jämtland Härjedalen bifaller förslaget till Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården (Ds 2015:51).

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



REGERINGSKANSLIET

Remiss

2015-10-29

S2015/06987/FS

Socialdepartementet

Enheten för folkhälsa och sjukvård

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015 -11- 03

Dnr...../...../20.....

Ds 2015:51 Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården

Remissinstanser:

1. E-hälsomyndigheten
2. Ekonomistyrningsverket (ESV)
3. Folkhälsomyndigheten
4. Försäkringskassan
5. Inspektionen för vård och omsorg
6. Migrationsverket
7. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
8. Socialstyrelsen
9. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)
10. Statskontoret
11. Vetenskapsrådet
12. Karolinska Institutet
13. Karolinska Universitetssjukhuset
14. Sahlgrenska Universitetssjukhuset
15. Skånes Universitetssjukhus
16. Akademiska sjukhuset i Uppsala
17. Norrlands Universitetssjukhus
18. Universitetssjukhuset i Linköping
19. Universitetssjukhuset Örebro
20. Stockholms läns landsting
21. Uppsala läns landsting
22. Södermanlands läns landsting
23. Östergötlands läns landsting
24. Jönköpings läns landsting
25. Kronobergs läns landsting
26. Kalmar läns landsting
27. Gotlands kommun
28. Blekinge läns landsting
29. Skåne läns landsting
30. Hallands läns landsting
31. Västra Götalands läns landsting

32. Värmlands läns landsting
33. Örebro läns landsting
34. Västmanlands läns landsting
35. Dalarnas läns landsting
36. Gävleborgs läns landsting
37. Västernorrlands läns landsting
38. Jämtlands läns landsting
39. Västerbottens läns landsting
40. Norrbottens läns landsting
41. Sveriges Kommuner och Landsting
42. Regionalt cancercentrum (RCC) Norr
43. Regionalt cancercentrum (RCC) Stockholm-Gotland
44. Regionalt cancercentrum (RCC) Syd
45. Regionalt cancercentrum (RCC) Sydöst
46. Regionalt cancercentrum (RCC) Uppsala Örebro
47. Regionalt cancercentrum (RCC) Väst
48. Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation
49. Cancerfonden
50. Pensionärernas riksorganisation (PRO)
51. Riksförbundet för sexuell upplysning (RFSU)
52. Svenska akademikers centralorganisation (SACO)
53. SPF Seniorerna
54. Tjänstemännens centralorganisation (TCO)
55. Svenska Läkarsällskapet
56. Sveriges läkarförbund
57. Svensk sjuksköterskeförening
58. Vårdförbundet

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast den 1 februari 2016. Vi vill att ni endast skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format.

Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser:

s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2015/06987/FS anges.

I remissen ligger att regeringen vill ha synpunkter på förslagen eller materialet i betänkandet. Om remissen är begränsad till en viss del av betänkandet, anges detta inom parantes efter remissinstansens namn i remisslistan. En sådan begränsning hindrar givetvis inte att remissinstansen lämnar synpunkter också på övriga delar.

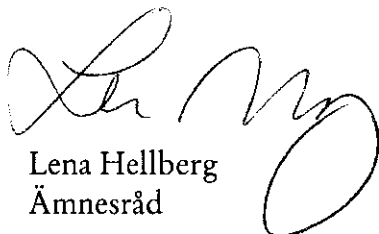
Myndigheter under regeringen är skyldiga att svara på remissen. En myndighet avgör dock på eget ansvar om den har några synpunkter att redovisa i ett svar. Om myndigheten inte har några synpunkter, räcker det att svaret ger besked om detta.

För **andra remissinstanser** innebär remissen en inbjudan att lämna synpunkter.

Råd om hur remissyttranden utformas finns i Statsrådsberedningens promemoria *Svara på remiss-hur och varför* (SB PM 2003:2). Den kan laddas ner från Regeringskansliets hemsida: www.regeringen.se.

Promemorian innehåller förslag som innebär att mammografi regelbundet ska erbjudas avgiftsfritt till kvinnor mellan 40 och 74 år. Syftet är att stärka kvinnors hälsa och att uppnå en mer jämlik vård. Förslaget innebär ny lagstiftning.

Frågor under remisstiden besvaras av Anna Weinholt,
Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, 072- 585 88 61,
eller anna.weinholt@regeringskansliet.se



Lena Hellberg
Ämnesråd

Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården



REGERINGSKANSLIET

Socialdepartementet

SOU och Ds kan köpas från Wolters Kluwers kundservice.
Beställningsadress: Wolters Kluwers kundservice, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: kundservice@wolterskluwer.se
Webbplats: wolterskluwer.se/offentligapublikationer

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför.

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02)

En kort handledning för dem som ska svara på remiss. Häftet är gratis och kan laddas ner
som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Omslag: Regeringskansliets standard.
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24371-8
ISSN 0284-6012

Innehåll

1	Promemorians huvudsakliga innehåll	3
2	Författningsförslag.....	5
2.1	Förslag till lag (xx) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården	5
2.2	Förslag till förordning (xx) om avgiftsfrihet för screening med mammografi inom hälso- och sjukvården.....	7
3	Insatser för kvinnors hälsa och en mer jämlik vård	9
3.1	Den vanligaste cancerformen bland kvinnor.....	9
3.2	Sociala skillnader i cancerinsjuknande och överlevnad.....	11
3.3	Tidig upptäckt minskar dödligheten i cancer.....	11
3.3.1	Screening för bröstcancer med mammografi.....	12
3.3.2	Socialstyrelsen rekommenderar screening för bröstcancer.....	14
4	Gällande rätt.....	17
4.1	Landstingets ansvar för hälso- och sjukvård	17
4.2	Avgifter inom hälso- och sjukvården	19
5	Överväganden och förslag	21
5.1	Ny lag om avgiftsfrihet för viss screening.....	21
5.1.1	Vilka ansvarar för att screeningen genomförs och vilka omfattas av förslaget?	22
5.1.2	Bemyndiganden	23

5.2	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	24
6	Konsekvenser	25
6.1	En mer jämlik och jämställd vård	25
6.2	Den kommunala självstyrelsen berörs	26
6.3	Ekonomiska konsekvenser	26
6.4	Konsekvenser för företag.....	27
6.5	Konsekvenser för myndigheter	27
7	Författningskommentarer.....	29
7.1	Förslaget till lag om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården	29

1 Promemorians huvudsakliga innehåll

I denna promemoria föreslås att mammografi regelbundet ska erbjudas avgiftsfritt till kvinnor mellan 40 och 74 år. Det underliggande motivet till förslaget är att det är en del av regeringens arbete med att stärka kvinnors hälsa och att uppnå en mer jämlik vård. En av de viktigaste faktorerna för att kunna bota cancer, är att den upptäcks i ett tidigt skede. Enligt Socialstyrelsen sänker screening med mammografi dödligheten i bröstcancer med 16-25 procent. Syftet med förslaget är att öka deltagandet i mammografiundersökningar, speciellt bland socioekonomiskt utsatta grupper. Det finns ett flertal faktorer som i vetenskapliga studier visats kunna påverka deltagandet i positiv riktning. Av dem är låg eller ingen avgift för undersökning en av de viktigaste.

Förslaget är aviserat i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1). För ändamålet föreslås i budgetpropositionen att 100 miljoner kronor avsätts 2016. Från och med 2017 beräknas 207 miljoner kronor per år avsättas. Lagförslaget föreslås träda i kraft den 1 juli 2016.

2 Författningsförslag

2.1 Förslag till lag (xx) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården

Härigenom föreskrivs följande.

Lagens tillämpningsområde

1 § I denna lag finns bestämmelser om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården.

Med screening avses i denna lag undersökning med hjälp av en speciell metod av en avgränsad grupp människor för att upptäcka sjukdom.

Landstingets ansvar

2 § Landstinget ska erbjuda dem som omfattas av 3 § och 3 c § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) avgiftsfri screening i enlighet med vad som särskilt föreskrivs.

Vad som sägs i denna lag om ett landsting gäller också en kommun som inte ingår i ett landsting.

Bemyndiganden

3 § Regeringen får meddela föreskrifter om vilken screening som ska vara avgiftsfri enligt denna lag.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. vilka ålderskategorier som ska omfattas av screeningen,
2. med vilka intervall screeningen ska erbjudas, och

3. de ytterligare villkor som ska gälla för screeningen

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2016.

2.2 Förslag till förordning (xx) om avgiftsfrihet för screening med mammografi inom hälso- och sjukvården

Regeringen föreskriver följande.

1 § I denna förordning ges kompletterande föreskrifter till lagen (xx) om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården. De ord och uttryck som används i förordningen, har samma innebörd som i lagen.

2 § Landstingets ansvar enligt 2 § lagen om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården avser screening med mammografi.

3 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om

1. vilka ålderskategorier som ska omfattas av screeningen,
2. med vilka intervall screeningen ska erbjudas, och
3. de ytterligare villkor som ska gälla för screeningen.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2016.



3 Insatser för kvinnors hälsa och en mer jämlik vård

Målet för den svenska hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården skall ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet vad gäller hälso- och sjukvård skall ges företräda till vården. Alla olikheter i vården är emellertid inte ojämlik vård. Skillnader kan vara medicinskt motiverade eller uttryck för en väl fungerande patientcentrerad vård som tar hänsyn till den enskildes behov och situation. Arbetet för en mer jämlik vård ska därför inriktas på att identifiera och motverka de omotiverade skillnaderna.

En jämställd hälso- och sjukvård bidrar till att uppfylla det jämställdhetspolitiska målet att genom en god hälsa för kvinnor och män respektive flickor och pojkar, verka för ett jämställt och aktivt deltagande i samhället. Det kan ske på flera sätt, exempelvis genom ökad tillgänglighet för grupper med tydligt behov av hälsofrämjande, sjukdomsförebyggande och behandlande insatser.

Kvinnor med endast grundskoleutbildning har i flera avseenden haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen i Sverige.

3.1 Den vanligaste cancerformen bland kvinnor

Bröstcancer är den vanligaste tumörsjukdomen hos svenska kvinnor, cirka 8 000 kvinnor får diagnosen varje år. Det motsvarar cirka 30 procent av alla nydiagnostiserade cancerfall. Bland kvinnor under 50 år är bröstcancer den vanligaste dödsorsaken. Från 65 år och uppåt är flera andra cancersjukdomar samt hjärt-kärlsjukdomar lika vanliga eller vanligare som dödsorsak jämfört med bröstcancer. Genomsnittsåldern vid diagnos för bröstcancer är 60 år. Median-

åldern för insjuknande i invasiv bröstcancer¹ är knappt 65 år och motsvarande siffra för förstadium till bröstcancer är 58 år. Livstidsrisken att insjukna i bröstcancer har uppskattats till knappt 10 procent.

Till följd av att fler uppnår en hög ålder hinner fler utveckla sjukdomar som är ovanliga i yngre åldrar. Cancer är en sådan sjukdom.² Insjuknandet i bröstcancer har fördubblats sedan 1960. Samtidigt som bröstcancer blir allt vanligare, ökar chanserna att överleva sjukdomen. I mitten av 1960-talet var femårsöverlevnaden vid bröstcancer 65 procent medan den senaste publicerade femårsöverlevnaden för bröstcancer var 87,7 procent under perioden 2008–2012.³ År 2013 avled 1 473 kvinnor i bröstcancer.⁴ Prognosen för överlevnad vid bröstcancer i Sverige är dock i internationella jämförelser mycket god.

Att allt fler botas från sin bröstcancer beror bland annat på att mammografikontrollerna gör att cancern upptäcks tidigare samt att behandlingsmetoderna har förbättrats. Tidig upptäckt av bröstcancer leder till att färre avlider i sjukdomen. Enligt Socialstyrelsen sänker screening med mammografi dödligheten i bröstcancer med 16-25 procent. Därför kallas alla kvinnor mellan 40–74 år till mammografiundersökningar, vilket är i enlighet med Socialstyrelsens rekommendation om ett nationellt screeningprogram för bröstcancer. Åldersspannet är valt utifrån vetenskapligt underlag. Det finns i dag inga studier som visar att ett screeningprogram är effektivt för kvinnor under 40 år eller över 74 år. Ungefär hälften av alla fall av bröstcancer upptäcks vid screening med mammografi. I de åldersgrupper som kallas till mammografi, det vill säga 40–74 år, är det nästan två av tre fall som upptäcks tack vare screeningen.⁵

¹ Invasiv bröstcancer innebär att cancercellerna har förändrats så att de kan röra sig och tränga in i vävnader och organ som ligger runt omkring.

² Folkhälsomyndigheten, Folkhälsan i Sverige årsrapport 2014.

³ Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting, Öppna jämförelser 2014, cancersjukvård- jämförelser mellan landsting.

⁴ Cancerfonden, Sju cancerformer dominerar, hämtat: 2015-09-30.

⁵ Regionala cancercentrum i samverkan, Årsrapport- rapport från nationella bröstcancerregistret 2012.

3.2 Sociala skillnader i cancerinsjuknande och överlevnad

Det grundläggande målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att alla oavsett bakgrund och bostadsort ska ha möjlighet att bevara en god hälsa och få en likvärdig vård.

Den samlade litteraturen pekar dock på att prognosen för överlevnad bland många cancerformer generellt sett är fördelaktigare bland patienter som lever under bättre socioekonomiska förhållanden jämfört med andra. Överlevnaden i bröstcancer är kortare bland kvinnor som lever under sämre socioekonomiska förhållanden jämfört med de som lever under bättre förhållanden.⁶ Den här skillnaden är mest uttalad bland kvinnor under 50 år.⁷ Det finns ett flertal möjliga förklaringar till de skillnader i både risk och överlevnad som har konstaterats. Förklaringarna är komplexa och kan förutom livsstil omfatta faktorer som allmän hälsostatus, kunskap om hälsosystemet, utbildningsnivå, inställning till sjukdom, sjukvårdsutnyttjande och ekonomiska orsaker. De olika faktorerna kan påverka utredning, behandling och uppföljning av sjukdomen. Det går inte heller att utesluta att patienter som känner till sina rättigheter och kan tala för sig har lättare att få tillgång till vård.

3.3 Tidig upptäckt minskar dödligheten i cancer

En av de viktigaste prognostiska faktorerna för cancer är i vilket skede en tumör diagnostiseras. Tidig upptäckt och tidig diagnostik kan ske genom olika typer av hälsokontroller eller screening. Screening innebär undersökning med hjälp av en speciell metod av en avgränsad grupp människor för att upptäcka sjukdom. Screeningen kan vara organiserad, vilket innebär att hela befolkningsgrupper erbjuds att genomgå en specifik diagnostisk test med specifik periodicitet.

⁶ Se t.ex. Zackrisson S, Lindström M, Moghaddassi M, et al. Social predictors of non-attendance in an urban mammographic screening programme: a multilevel analysis. *Scand J Public Health*. 2007;35:548-54.

⁷ Ett halvt sekel med svenska cancerregistret, Socialstyrelsen, 2008.

WHO har formulerat ett antal kriterier som tillsammans definierar den befolkningsinriktade screeningen⁸:

- sjukdomen ska vara vanlig, allvarlig och utgöra en samhällelig belastning,
- diagnostik av symptomfria individer ska vara möjlig,
- det diagnostiska testet ska med hög sannolikhet klassificera sant sjuka individer som sjuka (hög sensitivitet) och sant friska som just friska (hög specificitet),
- effektiv behandling ska finnas och vara tillgänglig,
- tidig upptäckt och behandling ska innebära en förbättrad prognos, samt
- verksamheten ska vara allmänt accepterad i den befolkning som omfattas av screeningen och vara kostnadseffektiv.

Socialstyrelsen rekommenderar tre nationella screeningprogram. Dessa är screening för mammografi, livmoderhalscancer och kolorektal cancer. Det nationella screeningprogrammet för kolorektal cancer är nytt och håller för närvarande på att byggas upp medan den organiserade screeningen genom gynekologisk cellprovtagning och screening med mammografi har funnits under en längre tid.

3.3.1 Screening för bröstcancer med mammografi

Screening med mammografi har successivt införts i Sverige. Femårsöverlevnaden för bröstcancer har stigit från 65 procent sedan mitten av 1960-talet till 87 procent vid den senaste publicerade femårsöverlevnaden 2013.⁹ En viktig del i detta har varit införandet av screening. Mammografi är en typ av röntgenundersökning som används för att hitta tumörer och cystor. Det finns ett flertal faktorer som i vetenskapliga studier visats kunna påverka deltagande i positiv riktning. En av de mest avgörande faktorerna för

⁸ Wilson JMG, Junger G. Principles and practice of screening for disease, 1968, Geneva WHO.

⁹ Socialstyrelsens nationella utvärdering 2013.

högre deltagande är låg eller ingen avgift för undersökning.¹⁰ Andra faktorer som också visat sig vara viktiga för deltagande är t.ex. tillgänglighet, kallelser på flera språk och påminnelser om undersökning. En granskning av sjukvårdshuvudmännens avgifter för mammografi visar att det skiljer mellan noll och 200 kronor i avgift mellan olika landstingen.¹¹ Två landsting erbjuder idag avgiftsfri mammografi, Stockholms läns landsting och Landstinget i Östergötlands län.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för bröstcancer-sjukvård bör mammografiscreening säkerställas i åldrarna 40–74 år och erbjudas var 18-24:e månad.¹² Sedan 1997 erbjuds mammografiundersökning i landets alla län, men det finns skillnader mellan landstingen i deltagandet i mammografiundersökningar. En undersökning som Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO) genomfört visar att deltagandet 2012 rapporterades till knappt 82 procent.¹³ Ett arbete som har gjorts inom ramen för den nationella cancerstrategin av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) visar att det framför allt är tre grupper av kvinnor som uteblir oftare än andra från mammografiundersökningar:

- kvinnor med kortare utbildning och svag ekonomi,
- kvinnor med invandrabakgrund, samt
- kvinnor mitt i livet, mellan 40 och 50 år.¹⁴

Studier har visat att kvinnor som drabbats av bröstcancer och som har inbjudits till screening, men inte deltagit, avlider oftare i sin sjukdom än övriga. Stockholms läns landsting införde avgiftsfri mammografi 2012 och en uppföljning som gjordes visade att allt fler kvinnor går på mammografiundersökning sedan avgifterna togs bort. Tre procent fler kvinnor följde kallelsen när mammografi blev

¹⁰ Stone EG, Morton SC, Hulscher ME, et al. Interventions that increase use of adult immunization and cancer screening services: a meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2002;136(9):641-51.

¹¹ Patientavgifter för gynekologisk hälsokontroll respektive mammografi 2015, www.skl.se 2015-09-21.

¹² Nationella riktlinjer för bröst-, kolorektal- och prostatacancersjukvård. Beslutsstöd för prioriteringar, Socialstyrelsen 2007.

¹³ BRO, Varje timme får en kvinna beskedet bröstcancer – mammografi, 2015.

¹⁴ Melin et al: Så behöver screeningen förändras för att bli mer jämlik, *Dagens Medicin* 9 oktober 2013.

avgiftsfritt. I områden med hög andel utlandsfödda som tidigare haft det lägsta deltagandet vid mammografiscreeningen, var ökningen högre än genomsnittet.¹⁵

Hög deltagarfrekvens är således en viktig förutsättning för att uppnå minskad dödlighet i ett screeningprogram oavsett cancer-sjukdom. Screening är ett erbjudande som bygger på ett frivilligt deltagande. Om kvinnor måste ta eget initiativ, finns risk att motiverade och hälsomedvetna, oftast med lägre risk för sjukdom, deltar. Sådan screening är inte jämlik eller kostnadseffektiv. Därför måste hindren för deltagande minskas. Sådana svårigheter kan vara att boka om en undersökningstid som inte passar eller att behöva betala för undersökningen. Avgifter inom vården syftar både till att öka intäkterna och till att styra vården till rätt nivå. Avgiftens bidrag till finansiering av screeningprogram är relativt litet samtidigt som det finns kostnader förenade med att ta betalt, t.ex. administrativa kostnader. Om en avgift påverkar deltagandet negativt, sjunker möjligheten att minska bröstcancerdöd och därmed kostnadseffektiviteten.

3.3.2 Socialstyrelsen rekommenderar screening för bröstcancer

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör erbjuda screening för bröstcancer med mammografi till kvinnor i åldern 40–74 år. Syftet med Socialstyrelsens rekommendation om ett nationellt screeningprogram för bröstcancer är att nå en nationell samordning och samsyn när det gäller screening för bröstcancer och på så sätt skapa förutsättningar för en jämlik vård. Enligt Socialstyrelsen sänker screening dödligheten i bröstcancer med 16–25 procent. Myndigheten lyfter dock en negativ effekt av screening, vilken är att det finns en risk för att bröstcancer som inte skulle ha gett symtom diagnostiseras och behandlas i onödan. För ett fåtal personer kan det innebära att delar av eller hela bröstet opereras bort, trots att cancer aldrig skulle ha gett symtom under deras återstående livstid. Men Socialstyrelsens bedömning är att

¹⁵ Törnberg, S, Lidbrink, E, Henriksson, R. Avgiftsfri mammografi får fler att komma till undersökning. Läkartidningen. 2014;111:CM7X.

vinsterna i form av minskad dödlighet ändå överväger de negativa effekterna.

Screening med mammografi är en metod som tar kort tid att genomföra. Metoden har en acceptabel förmåga att både hitta och utesluta bröstcancer. Den diagnostiska säkerheten ökar med stigande ålder hos kvinnor eftersom brösttätheten då minskar. Därtill har införandet av digital mammografi gjort att kvaliteten är bättre jämfört med tidigare metoder.

Den stråldos som digital tvåbildsmammografi medför är mycket låg och den har minskat över tid. Risker för strålinducerad cancer på grund av mammografi är åldersberoende. Efter 30–40-årsåldern är risken minimal och vägs upp av vinsten med räddade liv. Den organiserade screeningen inleds vid 40 års ålder men kan även förekomma i tidigare åldrar, i de fallen har screening initierats av patient eller hälso- och sjukvårdspersonal.

Introduktionen av mammografiscreening har bidragit till en ökning av antalet diagnostiserade fall av förstadium av bröstcancer. I Sverige registreras varje år närmare 900 diagnostiserade fall av förstadium till bröstcancer, vilket motsvarar cirka 10 procent av alla diagnostiserade fall av bröstcancer.

4 Gällande rätt

De centrala områdena inom den svenska hälso- och sjukvården, som det allmänna bekostar, består av åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Insatser för tidig upptäckt, såsom screening med mammografi, är således en del av hälso- och sjukvården. I det följande redogörs för landstingens ansvar för hälso- och sjukvård och den rättsliga grund som landstingen har för att ta ut avgifter för den hälso- och sjukvård som erbjuds.

4.1 Landstingets ansvar för hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, innehåller, förutom en definition av vad som utgör hälso- och sjukvård, främst mål och riktlinjer för hälso- och sjukvården. I 3 § och 3 c § HSL finns bestämmelser om ansvarigt landsting. I bestämmelserna regleras vilket landsting som ska erbjuda en god hälso- och sjukvård.

Landstinget ska, enligt 3 § HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Med bosatt avses samma bosättningsbegrepp som i folkbokföringslagen (1991:481). Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen och stadigvarande vistas inom landstinget.

Landstinget ska även, vilket framgår av 3 c § HSL, erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som, utan att vara bosatta i Sverige, har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt förordningen (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Detsamma ska gälla för personkretsen som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken och som omfattas av nämnda förordning, dvs. utlandsstuderande. Vården ska i dessa fall erbjudas av det landsting

inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska familjemedlemmarna erbjudas vård av samma landsting. Om familjemedlemmarna är bosatta i Sverige, gäller dock 3 § HSL. För vården betalar patienten svensk vårdavgift vid uppvisande av ett europeiskt sjukförsäkringskort.

Enligt förordningen (2013:711) om ersättningar för vissa kostnader för gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska Försäkringskassan ersätta ett landsting för kostnader som avser bl.a. hälso- och sjukvård om kostnaderna har uppkommit till följd av rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

En patient som omfattas av ett landstings ansvar för hälso- och sjukvård ska enligt 9 kap. 1 § patientlagen (2014:821) inom eller utom detta landsting få möjlighet att välja utförare av offentligt finansierad öppen vård. Landstinget ska, å sin sida enligt 4 § andra stycket HSL, erbjuda öppen vård åt dem som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård. Vård som ges under intagning i vårdinrättning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård enligt 5 § HSL. Screening för bröstcancer är således en del av öppenvården, och det finns numera en valfrihet för den enskilde patienten att låta utföra undersökningen i ett annat landsting än i hemlandstinget.

Av förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen är förvaltningsmyndighet för verksamhet som bl.a. rör hälso- och sjukvård. Enligt 32 § andra stycket HSL får regeringen överlåta åt Socialstyrelsen att meddela föreskrifter till skydd för enskilda. Socialstyrelsen har även med stöd av förordningen (1985:796) med vissa bemyndiganden för Socialstyrelsen att meddela föreskrifter m.m. möjlighet att utfärda föreskrifter och allmänna råd. Föreskrifterna och de allmänna råden publiceras sedan den 1 juli 2015 i HSLF-FS, som är en gemensam författningssamling för sju myndigheter inom områdena hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel och folkhälsa. Det finns inga föreskrifter eller allmänna råd som avser screening för bröstcancer,

däremot finns Socialstyrelsens rekommendationer om ett nationellt screeningprogram för bröstcancer, se avsnitt 2.3.2.

4.2 Avgifter inom hälso- och sjukvården

I kommunallagen (1991:900) anges att landstingen vid sidan av landstingsskatten får ta ut avgifter för de tjänster och nyttigheter som de tillhandahåller. För tjänster eller nyttigheter som landstingen är skyldiga att tillhandahålla, får de ta ut avgifter bara om det är särskilt föreskrivet. Landstingen får inte ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaderna för tjänsterna eller nyttigheterna och de ska behandla sina medlemmar lika, om det inte finns sakliga skäl för något annat.

Den rättsliga grunden för att ta ut vårdavgifter finns i 26 § HSL. Huvudregeln är att verksamhetens kostnader ska täckas av landstingsskatten. Vårdavgifter och avgifter med anledning av att patienter uteblir från avtalade besök får tas ut av patienter enligt grunder som landstinget eller kommunen bestämmer, i den mån inte annat är särskilt föreskrivet. Vidare anges i bestämmelsen att patienter som är bosatta inom landstinget respektive kommunen, liksom patienter som avses i 3 c §, ska behandlas lika.

För öppen hälso- och sjukvård gäller enligt 26 a § HSL ett högkostnadsskydd. Detta innebär att en patient betalar högst ett belopp som motsvarar 0,025 gånger prisbasbeloppet (ca 1 100 kronor) enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, för öppen hälso- och sjukvård under en tolv månadersperiod.

Enligt statistik från Sveriges Kommuner och Landsting är vårdavgiften för mammografi i de olika landstingen fastställd till mellan 0 och 200 kronor.

5 Överväganden och förslag

5.1 Ny lag om avgiftsfrihet för viss screening

Förslag: En ny lag om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården införs.

Bedömning: En ny förordning som avser avgiftsfri screening med mammografi införs.

Skälen för promemorians förslag: De satsningar som regeringen genomför inom hälso- och sjukvårdens område syftar till att skapa förutsättningar för en god hälso- och sjukvård som tar sin utgångspunkt i patientens behov. Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet.

I budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1) aviserades att en reform ska genomföras som medför att landstingen ska vara skyldiga att erbjuda regelbunden mammografi avgiftsfritt till kvinnor mellan 40 och 74 år. Förslaget om avgiftsfri mammografi är en del av regeringens arbete med att stärka kvinnors hälsa. En utgångspunkt för reformen är att den ska möjliggöra en vård på lika villkor oavsett individers ekonomi och därigenom utjämna hälso-skillnader.

En av de viktigaste faktorerna för att kunna bota cancer, är att den upptäcks i ett tidigt skede. Introduktionen av mammografiscreening i Sverige har bidragit till en ökning av antalet diagnostiserade fall av förstadium till bröstcancer vilket påtagligt förbättrar möjligheterna att bota sjukdomen. Högt deltagande i screeningen är därför en viktig förutsättning för att uppnå målet att sänka dödligheten i bröstcancer och olika hinder för deltagande bör därför minimeras. Studier har visat att en av de viktigaste faktorerna för högre deltagande är låg eller ingen avgift för

mammografiundersökning. I dag har två landsting infört avgiftsfrihet för mammografiundersökningar, Stockholms läns landsting och Östergötlands läns landsting. En uppföljning av avgiftsfriheten i Stockholms läns landsting visade att deltagandet i mammografiundersökningar ökade med cirka tre procent. I områden med hög andel utlandsfödda och med låg socioekonomisk status uppvisades en ännu högre ökning i deltagande än för genomsnittet. Följsamheten att gå på mammografi är klart lägre i socioekonomiskt utsatta områden än i övriga områden. Studier har även visat att kvinnor som drabbats av bröstcancer och som har inbjudits till screening, men inte deltagit, avlider oftare i sin sjukdom än övriga. En av avsikterna med promemorians förslag är att öka deltagandet i mammografiundersökningar och då speciellt bland socioekonomiskt utsatta grupper. Regeringen vill med denna reform vidta åtgärder för att förbättra hälsan och minska dödligheten i bröstcancer samt främja upptäckten av bröstcancer bland kvinnor i socioekonomiskt utsatta grupper.

Avgiftens bidrag till finansieringen av screeningprogram är relativt litet och eftersom en avgift påverkar deltagandet negativt, anser regeringen att avgifterna bör tas bort. Inga kvinnor ska behöva avstå en mammografiundersökning på grund av ekonomiska faktorer.

I promemorian föreslås att en ny lag om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården ska införas. Vidare görs bedömningen att en ny förordning om avgiftsfrihet för screening med mammografi inom hälso- och sjukvården bör införas.

5.1.1 Vilka ansvarar för att screeningen genomförs och vilka omfattas av förslaget?

Av hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) framgår att landstingen ansvarar för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget.

Förslaget innebär att landstingen är skyldiga att utan avgift erbjuda dem som enligt 3 § HSL (1982:763) är bosatta i landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) viss screening. Förslaget och bedömningen i denna promemoria gäller skyldighet att erbjuda avgiftsfri screening med mammografi. Bosättningsbegreppet har i detta förslag samma innebörd som i

folkbokföringslagen. Landstingen har dessutom samma skyldighet för dem som omfattas av 3 c § i HSL. Härmed omfattas även personer som inte är bosatta i Sverige men som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Detsamma ska gälla för den som avses i 5 kap. 7 § första stycket socialförsäkringsbalken, det vill säga utlandsstuderande. Avgiftsfri mammografi ska i dessa fall erbjudas av det landsting inom vars område personen är förvärvsverksam eller, när det gäller en person som är arbetslös, det landsting inom vars område denne är registrerad som arbetssökande. I den utsträckning familjemedlemmar till dessa personer har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom och moderskap enligt vad som följer av den nämnda förordningen, ska även familjemedlemmarna erbjudas vård av landstinget. Det är således inte tillåtet för vårdgivarna att ta ut avgifter för mammografi för dessa grupper, varken vårdavgifter eller avgifter med anledning av uteblivet avtalat besök. Förslaget gäller även för kommuner som inte ingår i ett landsting, vilket för närvarande endast avser Gotlands kommun.

Sammanfattningsvis bedöms att landstingens ansvar ska omfatta samma personkrets som de enligt 3 och 3 c §§ HSL är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård till.

5.1.2 Bemyndiganden

I promemorian föreslås att regeringen bemyndigas att meddela föreskrifter om vilken screening som ska vara avgiftsfri. Förslaget och bedömningen i denna promemoria avser mammografi. Eftersom det är tänkbart att metoder för screening kan komma att ändras eller utvecklas bör regeringen få utfärda föreskrifter om vilken form av screening som avses.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer föreslås dessutom bemyndigas meddela föreskrifter om vilka ålderskategorier som ska omfattas av screeningen, med vilka intervall screeningen ska erbjudas, och de ytterligare villkor som ska gälla för screeningen. Även ålderskategorier och tidsintervall som är lämpliga för screeningen kan komma att behöva ändras utifrån

nya rön eller forskning m.m. Därutöver finns det behov av att den myndighet som regeringen utser får utfärda föreskrifter om ytterligare villkor.

Om dessa föreskrifter vid tillämpningen kan få sådana effekter på kostnader för staten, kommuner eller landsting som inte är oväsentliga, ska regeringens medgivande att besluta föreskrifterna inhämtas i enlighet med bestämmelserna i förordning (2014:570) om regeringens medgivande till beslut om vissa föreskrifter.

5.2 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Förslag: Den nya lagen ska träda i kraft den 1 juli 2016.
--

Skälen för promemorians förslag: Enligt vad som tidigare har aviserats i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1, utgiftsområde 9, sid. 59) är utgångspunkten att reformen ska träda i kraft den 1 juli 2016. Ett motsvarande ikraftträdande bör gälla för den förordning som krävs för genomförandet av reformen.

Några övergångsbestämmelser med anledning av förslaget bedöms inte vara nödvändiga.

6 Konsekvenser

Bedömning: Förslagen bedöms få positiva konsekvenser för en mer jämlik och jämställd hälsa.

Förslagen bedöms få begränsade konsekvenser för den kommunala självstyrelsen.

Förslagen bedöms få ekonomiska konsekvenser för landstingen.

Förslagen bedöms få ekonomiska konsekvenser för statsbudgeten.

Förslaget får positiva konsekvenser för de individer som berörs av förslaget.

Förslagen bedöms få konsekvenser i form av föreskriftsarbete för den myndighet regeringen utser.

Förslagen bedöms få begränsade effekter för företag.

6.1 En mer jämlik och jämställd vård

Alla, oavsett kön eller könsidentitet ska, utifrån sina behov behandlas likvärdigt när det gäller resurser och insatser. För att uppnå ökad jämlikhet i hälso- och sjukvården behövs ett brett och långsiktigt arbete med fokus på t.ex. tillgänglighet, behandlingsmetoder och attityder. Kvinnor med endast grundskoleutbildning har i flera avseenden haft den minst gynnsamma hälsoutvecklingen. Kvinnor i socioekonomiskt utsatta områden deltar även i lägre utsträckning i mammografiundersökningar än övriga grupper. Reformen som innebär att alla kvinnor mellan 40 och 74 år regelbundet ska erbjudas avgiftsfri mammografi bedöms leda till en mer jämlik och jämställd vård.

6.2 Den kommunala självstyrelsen berörs

När nya skyldigheter införs för kommuner och landsting ska konsekvenserna av dessa analyseras. Förslaget innebär ett utvidgat åtagande för landstingen och därmed en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen. Denna inskränkning måste vägas mot förslagets syfte, att minska dödligheten i bröstcancer. Genom att införa reformen kan personer som är svåra att nå, och som annars inte hade gått på screeningen, fångas upp. Idag kan kostnaden för patienten variera beroende på i vilken del av landet som mammografin utförs. En jämlik vård är ett av de viktigaste målen för den svenska hälso- och sjukvården. Då avgifterna dessutom har visat sig spela en viktig roll för deltagande i screening anser regeringen att det är av stor vikt att dessa tas bort.

Eftersom landstingen redan i dag erbjuder mammografi så får det anses vara en ytterst liten inskränkning av självstyret. Förändringen innebär främst en förändring i hur en befintlig verksamhet finansieras och inverkar inte i övrigt på landstingens möjligheter att själva organisera och styra sin verksamhet. Det är vidare inte möjligt att garantera avgiftsfri mammografi i hela landet med någon mindre ingripande åtgärd. Mot denna bakgrund är det med hänsyn till syftet med förslaget nödvändigt att göra ett begränsat ingrepp i landstingens självstyrelse.

6.3 Ekonomiska konsekvenser

Konsekvenserna av att införa avgiftsfri mammografi för kvinnor mellan 40 och 74 år innebär ökade utgifter för landstingen. Landstingen kompenseras genom att medel tillförs anslaget 1:1 *Kommunalekonomisk utjämning* under utgiftsområde 25 *Allmänna bidrag till kommuner*. I dag varierar patientavgiften mellan 0-200 kronor. Förslaget innebär att personer som omfattas av reformen inte behöver betala för mammografi, vilket innebär minskade utgifter för dessa individer. Genom att avgifterna tas bort kan deltagandet i mammografiundersökningar antas öka något. Även om det inte finns några exakta uppgifter på hur stor volymökningen kan bli är antagandet att ökningen kommer bli måttlig.

Förslagen bedöms få ekonomiska konsekvenser för landstingen. I enlighet med den kommunala finansieringsprincipen, föreslås

landstingen i budgetpropositionen för 2016 (prop. 2015/16:1) tilldelas medel av staten för att kompensera dessa för kostnaderna och det intäktsbortfall som reformen medför.

Kostnadsberäkningarna har utgått från den högsta avgiften på 200 kronor och ett antagande som innebär att kvinnorna kallas vartannat år. Antalet kvinnor i den aktuella åldersgruppen uppgår 2014 till drygt 2 miljoner. Givet dessa antaganden beräknas kostnaden för förslaget bli 207 miljoner kronor per år. Beräkningarna är då gjorda utifrån en täckningsgrad på 100 procent. Landstingen kompenseras därmed för kostnaderna genom en resursförstärkning på 100 miljoner kronor för 2016 och på 207 miljoner kronor per år fr.o.m. 2017.

6.4 Konsekvenser för företag

Konsekvenserna för företagen bedöms som begränsade. En del av den offentligt finansierade vården och omsorgen utförs av privata vård- och omsorgsgivare som har avtal med landstinget eller kommunen. Det är främst landstingen som berörs av att avgiftsfrihet för mammografi införs och för utformningen av avtalen med privata aktörer som utför vård åt landstingen.

6.5 Konsekvenser för myndigheter

Den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter berörs av förslaget. Föreskriftsarbetet bedöms bli begränsat och bedöms rymmas inom befintligt anslag vid berörd myndighet.

7 Författningskommentarer

7.1 Förslaget till lag om avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården

1 §

I paragrafens *första stycke* anges lagens tillämpningsområde. Hänvisningen till hälso- och sjukvården är avsedd att tydliggöra att screeningverksamheten är en del av hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Bestämmelsens *andra stycke* innehåller en definition av termen screening.

Övervägandena finns i avsnitt 5.1.

2 §

Paragrafens *första stycke* innebär att landstingen är skyldiga att utan avgift erbjuda dem som enligt 3 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är bosatta i landstinget eller som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) sådan screening som särskilt föreskrivs om. Med sådan screening som särskilt föreskrivs om avses de föreskrifter som får meddelas med stöd av 3 §. Bosättningsbegreppet i denna lag har samma innebörd som i folkbokföringslagen. Landstingen har vidare samma skyldighet för dem som omfattas av 3 c § i hälso- och sjukvårdslagen och som har Sverige som försäkringsmedlemsstat. Landstingen får således varken ta ut vårdavgifter eller avgifter med anledning av att patienter uteblir från ett sådant undersökningstillfälle.

I *andra stycket* anges att lagen också gäller för kommuner som inte ingår i ett landsting. För närvarande är det bara Gotlands kommun som inte ingår i något landsting.

Övervägandena finns i avsnitt 5.1.1.

3 §

I paragrafens *första stycke* bemyndigas regeringen att meddela föreskrifter om vilken sorts screening som ska vara avgiftsfri enligt lagen.

Enligt *andra stycket* får regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddela föreskrifter om vilka ålderskategorier som ska omfattas av screeningen, med vilka intervall screeningen ska erbjudas och de ytterligare villkor som ska gälla för screening enligt denna lag.

Genom sådana föreskrifter får lagen sitt närmare innehåll.

Övervägandena finns i avsnitt 5.1.2.

Departementsserien 2015

Kronologisk förteckning

1. Gälldenärens möjligheter att överklaga utmätningsbeslut. Ju.
2. Värdepapperscentraler och kontoföring av finansiella instrument. Fi.
3. Trossamfundens sociala insatser. En preliminär undersökning. S.
4. Brottmålsprocessen – en konsekvensanalys. Ju.
5. Uppbörd av böter. Ju.
6. En jämnare och mer aktuell utveckling av inkomstpensionerna. S.
7. Rätten till försvarare, m.m. Ju.
8. Ytterligare en månad inom föräldrapenningen reserveras för vardera föräldern. S.
9. Ett reformerat bilstöd. S.
10. Återlämnande av olagligt utförda kulturföremål. Ku.
11. Res lätt med biljett. N.
12. Missbruk av svenska pass. Omfattning och åtgärdsförslag. Ju.
13. Ändringar i lagen om kontroll av skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel. N.
14. Statliga utställningsgarantier. En översyn. Ku.
15. Sanktionsavgifter för andra aktörer på fiskets område än yrkesfiskare. N.
16. Avlägsnande av vrak. Ju.
17. Avskaffande av den bortre tidsgränsen i sjukförsäkringen. S.
18. Patientrörlighet inom EES – vissa kompletterande förslag. S.
19. Det kommunala vårdnadsbidraget avskaffas. S.
20. Kostnadsansvar för smittskyddsläkemedel. S.
21. Offentliggörande av uppgifter om ekologiska aktörer. N.
22. Barnombudsmannens anmälnings-skyldighet. S.
23. Höjt avgiftstak för avgift enligt social-tjänstlagen (2001:453) 8 kap. 5 §. S.
24. Ett effektivare förbud vid bristande kreditprövning. Ju.
25. Ett ändamålsenligt minoritetsskydd. Ju.
26. Avskaffande av systemet med etableringslotsar. A.
27. Gränsöverskridande informations utbyte om trafiksäkerhetsrelaterade brott. Genomförande av det nya CBE-direktivet. Ju.
28. Bidrag för glasögon till barn och unga. S.
29. Skärpta åtgärder mot missbruk av tidsbegränsade anställningar. A.
30. Genomförande av EU:s direktiv om penningförfalskning. Ju.
31. Framtidens filmpolitik. Ku.
32. Anknytningskravet i skuldsaneringslagen. Ju.
33. Ett gemensamt ansvar för mottagande av nyanlända. A.
34. Nya regler för AP-fonderna. Fi.
35. Investeringsstöd för anordnande av hyresbostäder och bostäder för studerande. N.
36. Genomförande av EU:s direktiv om fri rörlighet för arbetstagare. A.
37. Genomförande av det omarbetade asylprocedurdirektivet. Ju.
38. Statligt stöd till civila samhället – en översyn av fyra bidragsförordningar samt stödet till Exit. Ku.
39. Samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd. Fö.
40. Falsa polisbilar. Ju.
41. En stärkt yrkeshögskola – ett lyft för kunskap. U.
42. Ett särskilt tortyrbrott? Ju.
43. Sveriges företagande och konkurrenskraft. Internationell jämförelse. N.

44. Passdatalag. Ju.
45. Stärkta sanktionsmöjligheter för Konsumentombudsmannen. Fi.
46. Tydligare tillståndsgivning i lotterilagen. Fi.
47. Europeiska politiska partier. Ju.
48. Förebyggande och behandling av spelmissbruk. S.
49. Översyn av straffbestämmelsen om kontakt med barn i sexuellt syfte. Ju.
50. Konkurrensskadelag. N.
51. Avgiftsfrihet för viss screening inom hälso- och sjukvården. S.

Departementsserien 2015

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

Avskaffande av systemet med etableringslotsar. [26]
Skärpta åtgärder mot missbruk av tidsbegränsade anställningar. [29]
Ett gemensamt ansvar för mottagande av nyanlända. [33]
Genomförande av EU:s direktiv om fri rörlighet för arbetstagare. [36]

Finansdepartementet

Värdepapperscentraler och kontoföring av finansiella instrument. [2]
Nya regler för AP-fonderna. [34]
Stärkta sanktionsmöjligheter för Konsumentombudsmannen. [45]
Tydligare tillståndsgivning i lotterilagen. [46]

Försvarsdepartementet

Samförståndsavtal med Nato om värdlandsstöd. [39]

Justitiedepartementet

Gäldenärens möjligheter att överklaga utmätningsbeslut. [1]
Brottmålsprocessen – en konsekvensanalys. [4]
Uppbörd av böter. [5]
Rätten till försvarare, m.m. [7]
Missbruk av svenska pass. Omfattning och åtgärdsförslag. [12]
Avlägsnande av vrak. [16]
Ett effektivare förbud vid bristande kreditprövning. [24]
Ett ändamålsenligt minoritetsskydd. [25]
Gränsöverskridande informationsutbyte om trafiksäkerhetsrelaterade brott. Genomförande av det nya CBE-direktivet. [27]
Genomförande av EU:s direktiv om penningförfalskning. [30]

Anknytningskravet i skuldsaneringslagen. [32]
Genomförande av det omarbetade asyl-procedurdirektivet. [37]
Falska polisbilar. [40]
Ett särskilt tortyrbrott? [42]
Passdatalag. [44]
Europeiska politiska partier. [47]
Översyn av straffbestämmelsen om kontakt med barn i sexuellt syfte. [49]

Kulturdepartementet

Återlämnande av olagligt utförda kulturföremål. [10]
Statliga utställningsgarantier. En översyn. [14]
Framtidens filmpolitik. [31]
Statligt stöd till civila samhället – en översyn av fyra bidragsförordningar samt stödet till Exit. [38]

Näringsdepartementet

Res lätt med biljett. [11]
Ändringar i lagen om kontroll av skyddade beteckningar på jordbruksprodukter och livsmedel. [13]
Sanktionsavgifter för andra aktörer på fiskets område än yrkesfiskare. [15]
Offentliggörande av uppgifter om ekologiska aktörer. [21]
Investeringsstöd för anordnande av hyresbostäder och bostäder för studerande. [35]
Sveriges företagande och konkurrenskraft Internationell jämförelse. [43]
Konkurrensskadelag. [50]

Socialdepartementet

Trossamfundens sociala insatser. En preliminär undersökning. [3]
En jämnare och mer aktuell utveckling av inkomstpensionerna. [6]

Ytterligare en månad inom
föräldrapenningen reserveras
för vardera föräldern. [8]

Ett reformerat bilstöd. [9]

Avskaffande av den bortre tidsgränsen i
sjukförsäkringen. [17]

Patientrörlighet inom EES – vissa
kompletterande förslag. [18]

Det kommunala vårdnadsbidraget
avskaffas. [19]

Kostnadsansvar för
smittskyddsläkemedel. [20]

Barnombudsmannens anmälnings-
skyldighet. [22]

Höjt avgiftstak för avgift enligt social-
tjänstlagen (2001:453) 8 kap. 5 §. [23]

Bidrag för glasögon till barn och unga. [28]

Förebyggande och behandling av spelmiss-
bruk. [48]

Avgiftsfrihet för viss screening inom
hälso- och sjukvården. [51]

Utbildningsdepartementet

En stärkt yrkeshögskola – ett lyft för
kunskap [41]

Carsten Dencker
Hälsö- och sjukvårdspolitiska avdelningen
Tfn: 063-14 75 34
E-post: carsten.dencker@regionjh.se

2016-01-11

Dnr RS/1967/2015

Socialstyrelsen
Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och
sjukvården
screeningbukaortaaneurysm@socialstyrelsen.se

Svar på remiss om screening för bukaortaaneurysm

Region Jämtland Härjedalen har getts möjlighet att lämna synpunkter på remiss avseende Socialstyrelsens förslag på screening för bukaortaaneurysm för 65 åriga män.

Genom screeningen kommer fler fall av bukaortaaneurysm att hittas tidigare i sjukdomsförloppet. När sjukdomen upptäcks tidigt kan fler ges möjlighet till en planerad, förebyggande operation som innebär en lägre risk för patienten, både vad gäller dödlighet och allvarliga komplikationer.

Region Jämtland Härjedalen har redan infört screening för bukaortaaneurysm och har därmed inget att invända mot förslaget. Åtagandet för regionen minskar något eftersom uppföljningar idag görs vid en bukaortadiameter på 25 mm.

REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör

Från:  "Engelmark, Malin" <Malin.Engelmark@socialstyrelsen.se> 2015-11-30 10:47:28 

Ärende: Remissversion screening för bukaortaaneurysm

Till:  Stockholms läns landsting <landstinget@sl.se>
 "region@regionostergotland.se" <region@regionostergotland.se>
 "landstinget@lul.se" <landstinget@lul.se>  "regionen@rjl.se" <regionen@rjl.se>
 Landstinget Sörmland <landstinget.sormland@dll.se>
 "region@kronoberg.se" <region@kronoberg.se>
 Landstinget i Kalmar län <landstinget@ltkalmars.se>
 "regiongotland@gotland.se" <regiongotland@gotland.se>
 Landstinget Blekinge <landstinget.blekinge@ltblekinge.s...>
 Region Skåne <region@skane.se>  Landstinget i Värmland <info@liv.se>
 "regionen@regionhalland.se" <regionen@regionhalland.se>
 Landstinget Västmanland <landstinget@ltv.se>
 Västra Götalandsregionen <info@vgregion.se>
 "Landstinget Dalarna" <landstinget.dalarna@ltdalarna.se>
 "regionen@regionorebrolan.se" <regionen@regionorebrolan.se>
 Landstinget Västernorrland <landstinget.vasternorrland@lvn.se>
 "rg@regiongavleborg.se" <rg@regiongavleborg.se>
 Västerbottens läns landsting <landstinget@vll.se>
 **Region Jamtland Harjedalen**
 Norrbottens läns landsting <norrbottens.lans.landsting@nll.se>

Hej landsting och regioner,

Idag, den 30 november 2015, publicerade Socialstyrelsen en remissversion om screening för bukaortaaneurysm. Det är en öppen remiss vilket innebär att samtliga målgrupper, mottagare och intressenter är välkomna att lämna synpunkter. Socialstyrelsen vill dock särskilt bjuda in alla landsting och regioner, SSVN, SSVS och Swedvasc att lämna ett remissvar, oavsett om man tillstyrker eller har synpunkter på förändringar.

Vi tar emot synpunkter fram till den 31 januari 2016 via e-post till screeningbukaortaaneurysm@socialstyrelsen.se.

Här kan man ladda ner huvudrapporten med bilagor:

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/bukaortaaneurysm>

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-11-34>

Inkomna synpunkter kommer att beaktas innan vi utarbetar en slutlig rekommendation. Publicering av slutlig rekommendation är planerad till sommaren 2016.

Med vänlig hälsning

Malin Engelmark

.....
Malin Engelmark
Projektledare, med.dr
075-247 30 21

SOCIALSTYRELSEN
Avdelningen för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården
Nationella riktlinjer
106 30 Stockholm
Växel 075-247 30 00
www.socialstyrelsen.se

Socialstyrelsen värnar hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg.

Bukaortaaneurysm, screening med engångsundersökning med ultralljud

Flyktingsituationen

Samlat stödmaterial och information för dig som i ditt arbete inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten möter nyanlända flyktingar. Läs mer om vård och omsorg för asylsökande och andra flyktingar.

Screeningprogram: Bukaortaaneurysm, screening med engångsundersökning med ultralljud

- Del av befolkningen: Män 65 år

Rekommendation

Hälso- och sjukvården **bör erbjuda** screening för bukaortaaneurysm till 65-åriga män genom en engångsundersökning med ultralljud. En uppföljning av screeningundersökningen bör erbjudas i de fall då bukaortadiametern är 30 mm eller mer. Hälso- och sjukvården bör förbättra och utveckla det befintliga screeningprogrammet genom att

- ge tydlig och lättbegriplig informationen om programmet
- utföra kvalitetskontroller av screeningorganisationen
- systematiskt mäta och följa upp programmet.

Rekommendationen är en remissversion

Vi tar emot synpunkter fram till den 31 januari 2016 via e-post till screeningbukaortaaneurysm@socialstyrelsen.se

Motivering till rekommendation

Socialstyrelsens samlade bedömning är att det rekommenderade screeningprogrammet kommer ge hälsovinster som överväger de negativa effekterna. Avgörande för rekommendationen är att engångsscreeningen minskar dödligheten i brustet bukaortaaneurysm med cirka 50 procent för män som är 65 år eller äldre. 84 procent av alla bristningar inträffar dessutom efter 65 års ålder. Screeningen beräknas förebygga en för tidig död hos 90–100 män per år i Sverige. Med för tidig död menas att man dör av brustet bukaortaaneurysm innan man skulle ha dött av något annat. Sammanlagt behöver cirka 500 personer screenas för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm.

Genom screening för bukaortaaneurysm kommer fler fall av bukaortaaneurysm att hittas tidigare i sjukdomsförloppet. När sjukdomen upptäcks tidigt kan fler ges möjlighet till en planerad, förebyggande operation som innebär en lägre risk för patienten, både vad gäller dödlighet och allvarliga komplikationer. Risken att avlida inom 30 dagar efter en planerad operation är avsevärt lägre än efter en akut operation, 1,6 procent respektive 27 procent. Screeningen kommer därför leda till att färre män kommer att dö i förtid av brustet bukaortaaneurysm.

I dag saknas det tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommendera screening till män som är yngre än 65 år eller äldre män. Det saknas även studier som utvärderat vilken effekt det har på dödligheten, att följa upp personer med bukaortadiametrar som är mindre än 30 mm. Det finns heller inget vetenskapligt underlag ännu som kan styrka att screening av kvinnor för bukaortaaneurysm minskar kvinnors dödlighet i sjukdomen. Därför är bedömningen att screening inte bör erbjudas till kvinnor. Likaså saknas studier av värdet och genomförbarheten av att enbart bjuda in riskgrupper till screening.

Bedömningen av screeningprogrammet utgår från Socialstyrelsens screeningmodell, som finns publicerad i rapporten Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning. Den visar att 12 av 15 kriterier är helt uppfyllda och att 3 av 15 är delvis uppfyllda. De kriterier som är delvis uppfyllda är kriterium 12 om vad informationen om programmet bör innehålla, kriterium 13 om organisatoriska aspekter av ett likvärdigt screeningprogram samt kriterium 15 om plan för utvärdering av screeningprogrammets effekter. Hälso- och sjukvården bör utveckla och förbättra dessa tre områden. Att dessa tre kriterier inte är helt uppfyllda motiverar dock inte en rekommendation om att avbryta programmet. Det finns i dag en pågående och fungerande screeningverksamhet för bukaortaaneurysm i hela Sverige som har goda förutsättningar att förbättras och utvecklas på dessa tre områden.

Konsekvenser

<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram>

Bukaortaaneurysm, screening med engångsundersökning med ultralljud

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att det rekommenderade screeningprogrammet har en låg kostnad per effekt ur både ett hälso- och sjukvårdsperspektiv samt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Den hälsoekonomiska analysen redovisar en kostnad per effekt på cirka 70 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv samt cirka 90 000 kronor per QALY ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, jämfört med att inte screena.

För hälso- och sjukvården är den årliga totalkostnaden för bukaortaaneurysm i en situation med ett nationellt screeningprogram för 65-åriga män beräknad till 125,5 miljoner kronor. Kostnaden för vård och behandling av kliniskt upptäckta bukaortaaneurysm i en situation då man inte har ett screeningprogram är beräknad till 81,6 miljoner kronor per år. Kostnaden för själva screeningprogrammet för bukaortaaneurysm, inklusive uppföljning av screeningundersökningen i de fall då bukaortadiameter är 30 mm eller mer med avseende på både uppföljningsprogram och planerad operation, blir därmed cirka 44 miljoner kronor per år.

Organisatoriska konsekvenser

Den befintliga screeningorganisationen för bukaortaaneurysm bedöms kunna användas för det rekommenderade programmet. Rekommendationen innebär dock att screeningprogrammets inriktning förtydligas gällande vilka åldersgrupper som bjuds in, samt vilka gränsvärden som gäller för uppföljning. Bedömningen är att det blir ett något minskat åtagande för de landsting som övergår från att göra uppföljning vid en bukaortadiameter på 25–29 mm till det rekommenderade gränsvärdet på 30 mm. En övergång från att bjuda in 70-åriga män till att enbart bjuda in 65-åriga män bedöms inte ha några avsevärda konsekvenser på genomförbarheten.

En förutsättning för att nå en jämlik och likvärdig screening av bukaortaaneurysm i hela landet är att hälso- och sjukvårdens huvudmän utvecklar det befintliga screeningprogrammet. Det är främst information om programmet, kvalitetskontroller av screeningorganisationen samt systematisk uppföljning av programmet som behöver förbättras.

Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av en nationell kommunikationsplan för screeningprogrammet. Syftet är att möjliggöra tydlig, lättbegriplig och likvärdig information om programmet till inbjudna och detagande män. En sammanställning av utgångspunkter för kommunikationsplanen finns under kriterium 12.

Det är viktigt att huvudmännen utför regelbundna kvalitetskontroller av screeningorganisationens delar. Deltagarfrekvens, ultraljudsundersökningens kvalitet och uppföljningen av identifierade patienter bör följas, se kriterium 13. Resultatet från kvalitetskontrollerna kan leda till att programmet modifieras. Kvalitetskontroller kan därför bidra till jämlik vård och behandling över landet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra och utveckla det befintliga screeningprogrammet genom att systematiskt mäta och följa upp programmet på både lokal, regional och, om möjligt, nationell nivå. Som stöd för uppföljning av screeningprogrammet har Socialstyrelsen tagit fram sju indikatorer och två bakgrundsmått för uppföljning av screening för bukaortaaneurysm, se kriterium 15.

Beskrivning av screeningprogrammet

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda screening för bukaortaaneurysm till 65-åriga män genom en engångsundersökning med ultraljud. En uppföljning av screeningundersökningen bör erbjudas i de fall då bukaortadiameter är 30 mm eller mer.

Uppföljningen av patienterna sköts inom befintligt vårdprogram vid kärlkirurgisk klinik och innebär att patienterna erbjuds två olika åtgärder. Åtgärderna som rekommenderas är beroende av storleken på bukaortaaneurysmet. Vid små aneurysm, med en diameter mellan 30 och 54 mm, erbjuds patienten fortsatt uppföljning av bukaortadiameter i ett uppföljningsprogram. Vid stora bukaortaaneurysm med en diameter på 55 mm eller större övervägs en planerad, förebyggande operation.

Remissversion av rekommendationen

Rekommendationen är en remissversion. Vi tar emot synpunkter fram till den 31 januari 2016 via e-post till screeningbukaortaaneurysm@socialstyrelsen.se

Det är en öppen remiss vilket innebär att samtliga målgrupper, mottagare och intressenter är välkomna att lämna synpunkter. Inkomna synpunkter kommer att beaktas innan Socialstyrelsen tar ställning till slutlig rekommendation. Publicering av slutlig rekommendation är planerad till sommaren 2016.

Screening för bukaortaaneurysm

Rekommendation och bedömningsunderlag
Remissversion

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-11-34
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2015

Förord

De senaste åren har screening av män för bukaortaaneurysm införts i hela landet. Det finns dock variationer mellan landstingen gällande vilka åldersgrupper som bjuds in, samt vilka gränsvärden som gäller för uppföljning. Det är också viktigt att utreda om även kvinnor ska erbjudas denna screening. Det finns därför behov av att se över nuvarande screeningprogram för bukaortaaneurysm och utvärdera vilken strategi som leder till att screeningprogrammets hälsovinster överstiger dess negativa effekter. Utvärderingen behöver ta hänsyn till bästa tillgängliga kunskap, med avseende på kön, ålder och gränsvärden för uppföljning.

I denna rapport ger Socialstyrelsen en rekommendation och ett bedömningsunderlag för ett nationellt screeningprogram för bukaortaaneurysm. Syftet med rekommendationen är att färre ska drabbas och avlida av brustet bukaortaaneurysm. Syftet är också att effektivisera och förbättra den nationella samordningen och samsynen när det gäller screening för bukaortaaneurysm, samt att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade strategier inom detta område. Målet med en rekommendation på nationell nivå är att främja en god och jämlik vård. Rekommendationen riktar sig till beslutsfattare, verksamhetsledningar och yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens rekommendationer om screeningprogram utgår från myndighetens modell för att bedöma, införa och följa upp nationella screeningprogram. Till rekommendationerna hör även indikatorer som används för att följa upp screeningprogrammen på både lokal, regional och nationell nivå.

Det här är en remissversion av rekommendationen om ett nationellt screeningprogram för bukaortaaneurysm. Synpunkter på remissversionen lämnas senast den 31 januari 2016, och de kommer därefter att beaktas inför den slutliga versionen av rekommendationen som publiceras sommaren 2016.

Socialstyrelsen vill tacka det nationella screeningrådet, sakkunniga och experter som har deltagit i detta arbete med stort kunnande och engagemang.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Screening för bukaortaaneurysm hittills	8
Sjukdomsutveckling	8
Rekommendation om screeningprogram	10
Motivering till rekommendation	10
Konsekvenser	11
Beskrivning av screeningprogrammet	12
Bedömning av screeningprogram	13
Bedömningskriterier med slutsatser	13
Referenser	26
Projektorganisation	27
Förteckning över externa bilagor	30

Sammanfattning

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården erbjuder screening för bukaortaaneurysm till 65-åriga män genom en engångsundersökning med ultraljud. En uppföljning av screeningundersökningen bör erbjudas i de fall då bukaortadiametern är 30 mm eller mer. Den samlade bedömningen är att det rekommenderade screeningprogrammet kommer att ge hälsovinster som överväger de negativa effekterna. Genom denna screening kommer fler fall av bukaortaaneurysm hittas tidigare i sjukdomsförloppet och färre män kommer att dö i förtid av brustet bukaortaaneurysm.

Engångsscreening för bukaortaaneurysm av män som är 65 år eller äldre, minskar dödligheten i brustet bukaortaaneurysm med cirka 50 procent. 84 procent av alla bristningar inträffar dessutom efter 65 års ålder. Screeningen beräknas förebygga en för tidig död hos 90–100 män per år i Sverige. Sammanlagt behöver cirka 500 personer screenas för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm. Socialstyrelsen bedömer att det rekommenderade screeningprogrammet kommer ha en låg kostnad per effekt ur både ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, jämfört med att inte screena.

Den diagnostiserbara sjukdomen bukaortaaneurysm är ett potentiellt förstadium till brustet bukaortaaneurysm. Sjukdomen kan fastställas genom att bukaortans diameter mäts med hjälp av ultraljud. Ett bukaortaaneurysm kan inte gå tillbaka eller läka av sig självt. Om man en gång har fått sjukdomen så bär man den med sig hela livet. Ett bukaortaaneurysm växer långsamt för att så småningom nå en storlek där det riskerar att brista. När ett bukaortaaneurysm brister, uppstår ofta mycket svåra buksmärter och en omfattande inre blödning. Förloppet går snabbt och få hinner komma in till sjukhus för att genomgå en akut operation. Den totala dödligheten vid brustet bukaortaaneurysm är därför mycket hög, cirka 80–90 procent.

Screening för bukaortaaneurysm leder till en tidig upptäckt av sjukdomen. Vid tidig upptäckt kan fler ges möjlighet till en planerad, förebyggande operation som innebär en lägre risk för patienten, både vad gäller dödlighet och allvarliga komplikationer. Risker att avlida inom 30 dagar efter en planerad operation är avsevärt lägre än efter en akut operation, 1,6 procent respektive 27 procent.

Idag finns en pågående screeningverksamhet för bukaortaaneurysm i hela Sverige. Hälso- och sjukvården behöver dock förbättra och utveckla informationen om screeningprogrammet, utföra kvalitetskontroller av screeningorganisationen samt systematiskt mäta och följa upp programmet. Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av en nationell kommunikationsplan för screeningprogrammet. Syftet är att möjliggöra tydlig, lättbegriplig och likvärdig information till inbjudna och deltagande män. Kvalitetskontroller av organisationen samt uppföljning av screeningprogrammet kan bidra till jämlik vård över landet.

Inledning

De senaste åren har screening av män för bukaortaaneurysm införts i hela Sverige. Det finns dock variationer mellan landstingen gällande vilka åldersgrupper som bjuds in, samt vilka gränsvärden som gäller för uppföljning. Det är också viktigt att utreda om även kvinnor ska erbjudas denna screening. Socialstyrelsen har därför bedömt att det finns ett behov av att utvärdera nuvarande screeningprogram för bukaortaaneurysm samt ge en nationell rekommendation. Syftet är att främja en jämlik hälso- och sjukvård över landet.

Rekommendationen har utgått från Socialstyrelsens modell för att bedöma, införa och följa upp olika typer av screeningprogram. Screeningmodellen består av 15 bedömningskriterier som ska uppfyllas för att ett program ska rekommenderas, se den publicerade rapporten *Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning* [1]. På Socialstyrelsens webbplats finns mer information om modellen och om hur myndigheten tar fram rekommendationer om screening. Underlag till den aktuella rekommendationen finns i de tre bilagorna *Screening för bukaortaaneurysm – vetenskapligt underlag*, *Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män – hälsoekonomisk analys* och *Screening för bukaortaaneurysm – indikatorer och bakgrundsmått*. Referenser och bilagor finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats:

www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Screening för bukaortaaneurysm hittills

Hälso- och sjukvården har på initiativ av den kärlkirurgiska professionen successivt infört screening för bukaortaaneurysm sedan 2006. I september 2008 publicerade Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) en uppdatering av rapporten *Screening för bukaortaaneurysm*, och 2009 beslutade Svensk förening för kärlkirurgi (SSVS) att rekommendera generell screening av 65-åriga män.

I alla landsting finns i dag en pågående screeningverksamhet för bukaortaaneurysm av 65-åriga män. I ett fåtal landsting har man valt att även bjuda in äldre åldersgrupper än enbart 65-åringar. Cirka hälften av landstingen erbjuder enbart uppföljning till män med en bukaortadiameter på 30 mm eller mer. Den andra hälften erbjuder även uppföljning till män med en bukaortadiameter på 25–29 mm. Inget landsting bjuder in kvinnor till screening för bukaortaaneurysm.

Täckningsgraden, som är ett mått på deltagandet, är i dag 75–85 procent i hela landet. Dessa siffror är jämförbara med deltagandet i de andra nationella screeningprogrammen. Ett högt deltagande i screeningprogrammet är en förutsättning för att hälsovinster ska kunna uppnås.

Sjukdomsutveckling

Ett bukaortaaneurysm är en sjuklig vidgning av stora kroppspulsådern belägen i buken (bukaortan) oftast någon centimeter nedanför de kärl som går till

njurarna. Bukaortaaneurysm, icke brustet, är en diagnostiserbar sjukdom med ICD-kod 171.4. Sjukdomen definieras som när diametern på bukaortan överskrider 30 mm. Ett bukaortaaneurysm kan inte gå tillbaka eller läka av sig självt. Om man en gång har fått diagnosen så bär man den med sig hela livet. Bukaortaaneurysm är ett potentiellt förstadium till brustet bukaortaaneurysm. Tillväxten av ett bukaortaaneurysm sker oftast långsamt för att så småningom nå en storlek där det riskerar att brista. För de allra flesta så är bukaortaaneurysm helt symtomfritt innan det slutligen brister.

Då ett bukaortaaneurysm brister uppstår ofta mycket svåra buksmärter och personen kan snabbt förlora medvetandet på grund av den omfattande inre blödningen. Ett brustet bukaortaaneurysm, som inte behandlas, leder till döden till följd av den inre blödningen. Förloppet går snabbt och få hinner komma in till sjukhus för att genomgå en akut operation. Den totala dödligheten vid brustet bukaortaaneurysm är därför mycket hög, cirka 80–90 procent.

Rekommendation om screeningprogram

Rekommendation

Hälso- och sjukvården **bör erbjuda** screening för bukaortaaneurysm till 65-åriga män genom en engångsundersökning med ultraljud. En uppföljning av screeningundersökningen bör erbjudas i de fall då bukaortadiametern är 30 mm eller mer. Hälso- och sjukvården bör förbättra och utveckla det befintliga screeningprogrammet genom att

- ge tydlig och lättbegriplig informationen om programmet
- utföra kvalitetskontroller av screeningorganisationen
- systematiskt mäta och följa upp programmet.

Motivering till rekommendation

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda screening för bukaortaaneurysm till 65-åriga män genom en engångsundersökning med ultraljud. En uppföljning av screeningundersökningen bör erbjudas i de fall då bukaortadiametern är 30 mm eller mer.

Socialstyrelsens samlade bedömning är att det rekommenderade screeningprogrammet kommer ge hälsovinster som överväger de negativa effekterna. Avgörande för rekommendationen är att engångsscreeningen minskar dödligheten i brustet bukaortaaneurysm med cirka 50 procent för män som är 65-år eller äldre. 84 procent av alla bristningar inträffar dessutom efter 65 års ålder. Screeningen beräknas förebygga en för tidig död hos 90–100 män per år i Sverige. Med för tidig död menas att man dör av brustet bukaortaaneurysm innan man skulle ha dött av något annat. Sammanlagt behöver cirka 500 personer screenas för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm.

Genom screening för bukaortaaneurysm kommer fler fall av bukaortaaneurysm att hittas tidigare i sjukdomsförloppet. När sjukdomen upptäcks tidigt kan fler ges möjlighet till en planerad, förebyggande operation som innebär en lägre risk för patienten, både vad gäller dödlighet och allvarliga komplikationer. Risker att avlida inom 30 dagar efter en planerad operation är avsevärt lägre än efter en akut operation, 1,6 procent respektive 27 procent. Screeningen kommer därför leda till att färre män kommer att dö i för tid av brustet bukaortaaneurysm.

I dag saknas det tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommendera screening till män som är yngre än 65 år eller äldre män. Det saknas även studier som utvärderat vilken effekt det har på dödligheten, att följa upp personer med bukaortadiametrar som är mindre än 30 mm. Det finns heller inget vetenskapligt underlag ännu som kan styrka att screening av kvinnor för

bukaortaaneurysm minskar kvinnors dödlighet i sjukdomen. Därför är bedömningen att screening inte bör erbjudas till kvinnor. Likaså saknas studier av värdet och genomförbarheten av att enbart bjuda in riskgrupper till screening.

Bedömningen av screeningprogrammet utgår från Socialstyrelsens screeningmodell, som finns publicerad i rapporten *Nationella screeningprogram – modell för bedömning, införande och uppföljning* [1]. Den visar att 12 av 15 kriterier är helt uppfyllda och att 3 av 15 är delvis uppfyllda. De kriterier som är delvis uppfyllda är kriterium 12 om vad informationen om programmet bör innehålla, kriterium 13 om organisatoriska aspekter av ett likvärdigt screeningprogram samt kriterium 15 om plan för utvärdering av screeningprogrammets effekter. Hälso- och sjukvården bör utveckla och förbättra dessa tre områden. Att dessa tre kriterier inte är helt uppfyllda motiverar dock inte en rekommendation om att avbryta programmet. Det finns i dag en pågående och fungerande screeningverksamhet för bukaortaaneurysm i hela Sverige som har goda förutsättningar att förbättras och utvecklas på dessa tre områden.

Konsekvenser

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att det rekommenderade screeningprogrammet har en låg kostnad per effekt ur både ett hälso- och sjukvårdsperspektiv samt ur ett samhällsekonomiskt perspektiv. Den hälsoekonomiska analysen redovisar en kostnad per effekt på cirka 70 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv samt cirka 90 000 kronor per QALY ur ett samhällsekonomiskt perspektiv, jämfört med att inte screena.

För hälso- och sjukvården är den årliga totalkostnaden för bukaortaaneurysm i en situation med ett nationellt screeningprogram för 65-åriga män beräknad till 125,5 miljoner kronor. Kostnaden för vård och behandling av kliniskt upptäckta bukaortaaneurysm i en situation då man inte har ett screeningprogram är beräknad till 81,6 miljoner kronor per år. Kostnaden för själva screeningprogrammet för bukaortaaneurysm, inklusive uppföljning av screeningundersökningen i de fall då bukaortadiametern är 30 mm eller mer med avseende på både uppföljningsprogram och planerad operation, blir därmed cirka 44 miljoner kronor per år.

Organisatoriska konsekvenser

Den befintliga screeningorganisationen för bukaortaaneurysm bedöms kunna användas för det rekommenderade programmet. Rekommendationen innebär dock att screeningprogrammets inriktning förtydligas gällande vilka åldersgrupper som bjuds in, samt vilka gränsvärden som gäller för uppföljning. Bedömningen är att det blir ett något minskat åtagande för de landsting som övergår från att göra uppföljning vid en bukaortadiameter på 25–29 mm till det rekommenderade gränsvärdet på 30 mm. En övergång från att bjuda in 70-åriga män till att enbart bjuda in 65-åriga män bedöms inte ha några avsevärda konsekvenser på genomförbarheten.

En förutsättning för att nå en jämlik och likvärdig screening av bukaortaaneurysm i hela landet är att hälso- och sjukvårdens huvudmän utvecklar det

befintliga screeningprogrammet. Det är främst information om programmet, kvalitetskontroller av screeningorganisationen samt systematisk uppföljning av programmet som behöver förbättras.

Socialstyrelsen bedömer att det finns behov av en nationell kommunikationsplan för screeningprogrammet. Syftet är att möjliggöra tydlig, lättbegriplig och likvärdig information om programmet till inbjudna och deltagande män. En sammanställning av utgångspunkter för kommunikationsplanen finns under kriterium 12.

Det är viktigt att huvudmännen utför regelbundna kvalitetskontroller av screeningorganisationens delar. Deltagarfrekvens, ultraljudsundersökningens kvalitet och uppföljningen av identifierade patienter bör följas, se kriterium 13. Resultatet från kvalitetskontrollerna kan leda till att programmet modifieras. Kvalitetskontroller kan därför bidra till jämlik vård och behandling över landet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra och utveckla det befintliga screeningprogrammet genom att systematiskt mäta och följa upp programmet på både lokal, regional och, om möjligt, nationell nivå. Som stöd för uppföljning av screeningprogrammet har Socialstyrelsen tagit fram sju indikatorer och två bakgrundsmått för uppföljning av screening för bukaortaaneurysm, se kriterium 15.

Beskrivning av screeningprogrammet

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda screening för bukaortaaneurysm till 65-åriga män genom en engångsundersökning med ultraljud. En uppföljning av screeningundersökningen bör erbjudas i de fall då bukaortadiametern är 30 mm eller mer.

Uppföljningen av patienterna sköts inom befintligt vårdprogram vid kärlkirurgisk klinik och innebär att patienterna erbjuds två olika åtgärder. Åtgärderna som rekommenderas är beroende av storleken på bukaortaaneurysmet. Vid små aneurysm, med en diameter mellan 30 och 54 mm, erbjuds patienten fortsatt uppföljning av bukaortadiametern i ett uppföljningsprogram. Vid stora bukaortaaneurysm, med en diameter på 55 mm eller större, övervägs en planerad, förebyggande operation.

Bedömning av screeningprogram

Bedömningskriterier med slutsatser

Här presenteras ett summerat underlag tillsammans med slutsatser. Dessa utgår från bästa tillgängliga kunskap, aktuell forskning och beprövad erfarenhet. Bedömningen av kriterierna 1–11 utgår från det vetenskapliga underlag som redovisas i bilagorna *Screening för bukaortaaneurysm – vetenskapligt underlag* och *Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män – hälsoekonomisk analys*. Bedömningen av kriterierna 12–15 utgår från underlag som sammanställts av experter inom området, samt från bilagan *Screening för bukaortaaneurysm – indikatorer och bakgrundsmått*. Bilagorna finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats: www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

1. Brustet bukaortaaneurysm är ett viktigt hälsoproblem

Socialstyrelsen bedömer att brustet bukaortaaneurysm är ett viktigt hälsoproblem, som obehandlat leder till för tidig död och svår skada hos många individer. Den totala dödligheten vid brustet bukaortaaneurysm är mycket hög, cirka 80–90 procent. Om patienten hinner komma till sjukhus och genomgå en akut operation är risken att avlida inom 30 dagar efter operationen 27 procent.

I dödsorsaksregistret registrerades, år 2013, totalt 567 dödsfall där dödsorsaken var brustet bukaortaaneurysm. Av dessa var 190 kvinnor och 377 män. 344 av dessa män var 65 år eller äldre. På grund av den låga obduktionsfrekvensen i Sverige i dag är dessa siffror rimligen en underskattning.

2. Naturalförloppet för bukaortaaneurysm är känt

Naturalförloppet och utvecklingen av bukaortaaneurysm är känd. Det finns omfattande studier som pågått under en lång tid som redovisat koppling mellan bukaortaaneurysmtillväxt och dödlighet i brusten bukaorta.

Ett bukaortaaneurysm kan inte gå tillbaka eller läka av sig självt. Om man en gång har fått diagnosen så bär man den med sig hela livet. Ett bukaortaaneurysm växer långsamt för att så småningom nå en storlek där det riskerar att brista. Risken för bristning står i proportion till storleken på aneurysmet. Då ett bukaortaaneurysm brister uppstår ofta mycket svåra buksmärter och personen kan snabbt förlora medvetandet på grund av den omfattande inre blödningen. Ett brustet, obehandlat bukaortaaneurysm leder till döden till följd av den inre blödningen.

Trots det kartlagda naturalförloppet finns det fortfarande vissa kvarstående frågor som rör tillståndet. I dag finns resultat som redovisar genomsnittlig tillväxt för bukaortaaneurysm. Men det finns ingen möjlighet i dagsläget att förutsäga hur snabbt eller långsamt bukaortaaneurysmet växer hos den enskilde patienten. Forskningen saknar entydiga svar på frågan om vilka biologiska orsaker som ligger bakom tillväxten. Det finns inte heller någon känd farmakologisk substans som kan påverka aneurysmtillväxt. Förutom rökav-

vänjning saknas specifik behandling för att förhindra eller sakta ned tillväxten av ett bukaortaaneurysm.

3. Brustet bukaortaaneurysm har en symtomfri fas som går att upptäcka

Bukaortaaneurysm är ett diagnostiserbart potentiellt förstadium till brusten bukaorta. Diagnosen bukaortaaneurysm, icke brustet, har ICD-kod 171.4 och ställs när en person har en bukaortadiameter som överskrider 30 mm.

För de allra flesta är bukaortaaneurysm helt symtomfritt innan det slutligen brister. Den symtomfria fasen går dock att upptäcka genom att bukaortans diameter mäts.

4. Det finns en lämplig testmetod

Vid screening för bukaortaaneurysm används ultraljud som metod för att screena, diagnostisera och följa upp. Socialstyrelsen bedömer att en engångsundersökning med ultraljud för att mäta bukaortan är en lämplig testmetod vid screening för bukaortaaneurysm. Ultraljud kan med mycket stor säkerhet både hitta personer med bukaortaaneurysm och friskförklara dem med normal bukaorta. Sensitiviteten och specificiteten är 98,9 respektive 99,9 procent.

För att ultraljud ska vara lämpligt som testmetod är det dock viktigt att ultraljundsundersökningen utförs av utbildad personal. Hälso- och sjukvården behöver säkerställa att det sker en regelbunden intern och extern kvalitetsgranskning av personalens undersökningsteknik, för att säkerställa god kvalitet.

5. Det finns åtgärder som ger bättre effekt i tidigt skede än vid klinisk upptäckt

Vid en planerad, förebyggande operation av ett bukaortaaneurysm ersätts den vidgade delen av kärlet av en kärilprotes. En planerad operation i ett tidigt skede ger en bättre effekt än när ett brustet bukaortaaneurysm upptäcks kliniskt vid en akut operation. En planerad operation av ett bukaortaaneurysm innebär även en lägre risk för patienten, både vad gäller dödlighet och allvarliga komplikationer.

Ett brustet bukaortaaneurysm leder till döden till följd av den omfattande inre blödningen om den inte åtgärdas med en akut operation. Risken att avlida inom 30 dagar efter akut operation av ett brustet bukaortaaneurysm är 27 procent. Motsvarande siffra är 1,6 procent för patienter som genomgått en planerad operation i ett tidigt skede.

Inom 30 dagar efter planerad operation får cirka 5 procent av patienterna i Sverige stroke, akut hjärtinfarkt, njurpåverkan, störd blodtillförsel till tarmen eller avlider. Risken för allvarliga komplikationer är dock mycket högre för dem som genomgått och överlevt en akut operation för ett brustet bukaortaaneurysm. Komplikationerna efter planerad operation kan även jämföras med den 27-procentiga dödligheten inom 30 dagar efter akut operation.

6. Screeningprogrammet minskar dödlighet i brustet bukaortaaneurysm

Det finns vetenskapliga randomiserade studier som visar att engångs-screening för bukaortaaneurysm av män som är 65 år eller äldre minskar dödligheten i brustet bukaortaaneurysm med cirka 50 procent i den grupp som inbjuds till screening. Det är ovanligt med brustet bukaortaaneurysm före 65 års ålder. 84 procent av alla bristningar inträffar efter 65 års ålder. Screeningen av 65-åriga män beräknas därför förebygga en för tidig död hos 90–100 män per år i Sverige. Med för tidig död menas att man dör av brustet bukaortaaneurysm innan man skulle ha dött av något annat. Sammanlagt behöver cirka 500 personer screenas för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm.

För män som är yngre än 65 år eller äldre män är bedömningen att det saknas tillräckligt vetenskapligt stöd för att rekommendera screening. Det finns underlag som visar att personer med bukaortadiametrar mellan 25–29 mm har en risk att utveckla bukaortaaneurysm. Det saknas dock studier som utvärderat vilken effekt det har på dödligheten, att följa upp personer med bukaortadiametrar som är mindre än 30 mm. Det finns heller inget vetenskapligt underlag ännu som kan styrka att screening av kvinnor för bukaortaaneurysm minskar kvinnors dödlighet i sjukdomen. Därför är bedömningen att screening inte bör erbjudas till kvinnor. Likaså saknas studier av värdet och genomförbarheten av att enbart bjuda in riskgrupper till screening.

Socialstyrelsen anser att den sammantagna bedömningen av det vetenskapliga underlaget är att det finns starkt stöd för att screening för bukaortaaneurysm av 65-åriga män minskar dödligheten i sjukdomen. Screeningundersökningen bör ske vid ett tillfälle med fortsatt uppföljning av patienter med en bukaortadiameter på 30 mm eller mer.

7. Testmetoden och fortsatt handläggning bedöms kunna accepteras av avsedd population

Ultraljud är den metod som används för att screena, diagnostisera och följa upp bukaortaaneurysm. Majoriteten av de 65-åriga män i Sverige som bjuds in till screeningen kommer till ultraljudsundersökningen. Detta indikerar att det finns en god acceptans för undersökningsmetoden hos målgruppen för screeningprogrammet. Täckningsgraden, som är måttet på deltagandet, är 75–85 procent över landet. Dessa siffror är jämförbara med deltagandet i de andra nationella screeningprogrammen.

De delar av målgruppen som inte deltar i programmet är till stora delar identifierade. De tillhör ofta socioekonomiskt utsatta grupper i befolkningen. Hos dessa grupper finns även en hög andel rökare, och rökning är en viktig riskfaktor för bukaortaaneurysm. Man har också funnit ett lägre deltagande bland nyanlända invandrare. Det är viktigt att hälso- och sjukvården arbetar vidare och sätter in åtgärder för att förbättra deltagandet i dessa grupper. Informationsinsatser som syftar till att motverka skillnader i deltagande kan bidra till en mer jämlik vård.

8. Åtgärder vid tillståndet är klarlagda och bedöms kunna accepteras av avsedd population

Det finns två olika åtgärder som erbjuds patienter med bukaortaaneurysm. Vilken av dem som väljs beror på storleken på bukaortaaneurysmet. Vid små aneurysm, med en diameter mellan 30 och 54 mm, erbjuds patienten fortsatt uppföljning av bukaortadiametern i ett uppföljningsprogram. Vid stora bukaortaaneurysm, med en diameter på 55 mm eller större, övervägs en planerad, förebyggande operation. Erfarenheterna från de svenska screeningprogrammen är att det är väldigt ovanligt att patienter med screeningupptäckta bukaortaaneurysm tackar nej till någon av de två rekommenderade åtgärderna. Socialstyrelsen bedömer därför att åtgärderna är accepterade av målgruppen.

Prevalensen, det vill säga förekomsten av bukaortaaneurysm, bland 65-åriga män i Sverige är i dag knappt 2 procent. Flertalet, cirka 90 procent, av de bukaortaaneurysm som diagnostiseras inom screeningen små, mellan 30 och 54 mm. Det finns vetenskapliga randomiserade studier som visar att små bukaortaaneurysm har en mycket liten risk att brista. Patienter med dessa små bukaortaaneurysm erbjuds därför fortsatt regelbunden uppföljning av bukaortadiametern i ett uppföljningsprogram vid kärlkirurgiska kliniker. Samtliga regioner i Sverige använder i dag likartade intervall i uppföljningsprogrammen.

Cirka 10 procent av dem som diagnostiseras vid screeningundersökningen har ett bukaortaaneurysm som är 55 mm eller större. Dessa patienter behöver utredas skyndsamt och eventuellt erbjudas förebyggande operation. Det finns utbrett vetenskapligt stöd som visar att risken att avlida av ett brutet bukaortaaneurysm är större vid 55 mm eller mer än vad risken är att avlida i anslutning till operation. Överlevnaden inom 5 år efter planerad operation är även mycket god.

Syftet med en planerad, förebyggande operation är att minska risken för en framtida bristning av bukaortan genom att den vidgade delen av kärlet ersätts av en kärlprotes. Innan en förebyggande operation genomförs utreds patienterna utifrån individens riskprofil och generell operationsrisk. Risken för brutet bukaortaaneurysm är beroende av diametern av bukaortaaneurysm och observerad expansionshastighet. De flesta patienter med bukaortaaneurysm har även ökad dödlighet i andra sjukdomar som åderförkalkning i någon form, hjärt-kärlsjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom, högt blodtryck och andra rökrelaterade sjukdomar. Därför utvärderas patienterna även med avseende på sekundär prevention av dessa för att minimera riskerna med en operation. Patienten undersöks alltid med magnetkamera eller datortomografi innan slutgiltigt beslut om förebyggande operation tas. Detta görs för att dels verifiera ultraljudsfyndet, dels optimera planeringen inför operationen.

Informationen till den screeningupptäckta patienten bör tydliggöra vilken av åtgärderna som rekommenderas, vad åtgärden innebär, samt vart patienten kan vända sig om ytterligare information önskas. Tydlig och tillgänglig information tillsammans med ett omhändertagande inom rimlig tid av ansvarig kärlkirurgisk klinik kan minska negativa psykosociala effekter.

Patienter med bukaortaaneurysm har ofta även andra sjukdomar. Hälso- och sjukvården behöver därför i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen

(1982:763) säkerställa att patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses. Vården av denna patientgrupp behöver därför samordnas på ett ändamålsenligt sätt som utgår från patientens behov.

9. Hälsovinster överväger de negativa effekterna av screeningprogrammet

Socialstyrelsen bedömer att det rekommenderade screeningprogrammet ger hälsovinster som överväger de negativa effekterna. Genom denna screening kommer fler fall av bukaortaaneurysm hittas tidigare i sjukdomsförloppet och färre män kommer dö i förtid av brustet bukaortaaneurysm.

Övervägande hälsovinster

Hälsovinster av engångsscreening för bukaortaaneurysm av 65-åriga män är främst att det minskar dödligheten i brustet bukaortaaneurysm med cirka 50 procent hos män som är 65 år eller äldre. 84 procent av alla bristningar inträffar dessutom efter 65 års ålder. Screeningen beräknas förebygga en för tidig död hos 90–100 män per år i Sverige. Sammanlagt behöver cirka 500 personer screenas för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm.

Screening möjliggör att patienten kan erbjudas att genomgå en planerad förebyggande operation i ett tidigt skede. En planerad operation av ett bukaortaaneurysm innebär en lägre risk för patienten, både vad gäller dödlighet och allvarliga komplikationer, än vid klinisk upptäckt av ett brustet bukaortaaneurysm. Ett brustet bukaortaaneurysm leder till döden till följd av den omfattande inre blödningen om den inte åtgärdas med en akut operation. Många hinner inte till sjukhus vid en bristning av bukaortan utan dör utanför sjukhus till följd av den inre blödningen. Den totala dödligheten vid brustet bukaortaaneurysm är mycket hög, cirka 80–90 procent. Om patienten hinner komma till sjukhus är risken att avlida, inom 30 dagar efter akut operation, 27 procent. Detta ska jämföras med en risk på 1,6 procent hos patienter som genomgått en planerad operation i ett tidigt skede.

Negativa effekter

Studier visar att negativa psykiska effekter hos män med stora bukaortaaneurysm, på 55 mm eller mer, minskar eller försvinner helt efter genomförd operation. Däremot finns en risk att män med små bukaortaaneurysm, på mellan 30 och 54 mm, som erbjuds ett uppföljningsprogram i stället för förebyggande operation, upplever en negativ psykosocial påverkan. I en systematisk litteraturoversikt kunde man dock inte finna några säkra tecken på negativa psykologiska effekter. Fler vetenskapliga studier inom området behövs, framförallt gällande långtidseffekterna av uppföljningsprogrammen. Den psykiska statusen före och efter screeningundersökningen både hos den friskförklarade och hos den nydiagnostiserade gruppen, behöver också jämföras. Syftet är att kunna få en helhetsbild av screeningprogrammets inverkan på det psykiska måendet och psykosociala konsekvenser för hela målgruppen.

Socialstyrelsen bedömer att de negativa psykosociala effekterna är hanterbara och uppvägs av de hälsovinster och förebyggda dödsfall som screeningprogrammet medför. Eventuella förändringar i deltagandet är dock mycket viktiga att uppmärksamma tidigt. Huvudmännen bör därför regelbundet följa screeningprogrammets deltagarfrekvens för att vid behov kunna modifiera

programmet. Detta kan främja jämlik vård och behandling över landet. Att verka för att minimera de negativa psykosociala konsekvenserna med hjälp av kommunikationsinsatser och utbildning av personal är viktigt. En nationell kommunikationsplan för screeningprogrammet för bukaortaaneurysm kan bidra till att detta uppnås.

Screening uppskattas medföra att det totala antalet operationer ökar med drygt 50 procent. Detta får till följd att 2–3 män avlider varje år i anslutning till förebyggande operation. Dessa dödsfall måste dock sättas i relation till att screeningprogrammet beräknas förebygga en för tidig död hos 90–100 män.

Överdiagnostik har lyfts fram som en invändning mot screening. Begreppet överdiagnostik är inte entydigt mellan olika screeningprogram och olika medicinska områden. Överdiagnostik kan handla om de män som har fått diagnosen bukaortaaneurysm, utan att ha någon nytta av att känna till detta. Detta gäller de patienter som har små bukaortaaneurysm som följs upp med återkommande ultraljudsmätningar i uppföljningsprogram, men som aldrig kommer utvecklas mot en bristning under patientens livstid. Mätning av bukaortans diameter är den enda metod som finns i dag för att bedöma risken för bristning. Denna patientgrupp med små bukaortaaneurysm, som erbjuds uppföljningsprogram, ska därför vägas mot de patienter som får livsavgörande nytta av en förebyggande operation. Med överdiagnostik kan man även mena antalet personer som får en falskt positiv diagnos. Detta beror ofta på att den diagnostiska metoden inte klarar av att friskförklara personer med normala värden med tillräckligt hög säkerhet. Vid screening för bukaortaaneurysm kan ultraljud med mycket stor säkerhet både hitta personer med diagnosen bukaortaaneurysm och friskförklara dem med normal bukaorta. Sensitiviteten och specificiteten är 98,9 respektive 99,9 procent. I de ytterst få fallen av falska diagnoser sker en korrigering vid de uppföljande kontrollerna som patienten erbjuds genomgå. Patienten undersöks alltid med magnetkamera eller datortomografi innan slutgiltigt beslut om planerad förebyggande operation tas.

Vid screening för bukaortaaneurysm kan överbehandling förekomma när patienter genomgår en förebyggande operation trots att det stora bukaortaaneurysmet inte skulle komma att brista under livstiden. Denna överbehandling har beräknats i vetenskapliga studier och man uppskattar att 1,5–2 operationer behöver göras för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm. Effektiviteten av förebyggande kirurgi för bukaortaaneurysm är därmed god och graden av överbehandling är liten i den meningen.

Socialstyrelsen anser att de negativa effekterna i form av överdiagnostik och överbehandling inte överstiger de dokumenterade hälsovinster som ett screeningprogram för bukaortaaneurysm medför. De övervägande hälsovinster i form av minskad dödlighet motiverar det rekommenderade screeningprogrammet.

10. Screeningprogrammet är godtagbart ur ett etiskt perspektiv

Socialstyrelsen bedömer att screeningprogrammet är godtagbart ur ett etiskt perspektiv. Men en etisk utmaning vid screening för bukaortaaneurysm är att deltagandet skiljer sig åt mellan socioekonomiska grupperingar. Detta är ett gemensamt problem för många screeningprogram. Åtgärder för att minimera

sådana skillnader i deltagande, är oerhört viktigt för att uppnå jämlik vård. Det finns erfarenhet om hur man genom professionell kommunikation och marknadsföringsinsatser kan öka deltagandet inom screeningprogrammet för bukaortaaneurysm. Detta i kombination med tydlig och lättbegriplig information i inbjudan kan öka kännedomen om syftet med screeningen, och kan öka deltagandet i områden och grupper med lågt deltagande. I led med detta är det viktigt att screeningorganisationen har kvalitetskontroller av deltagarfrekvens, och därmed kan vidta åtgärder vid minskat deltagande.

Det finns en risk att personer med små bukaortaaneurysm på mellan 30 och 54 mm, som erbjuds ett uppföljningsprogram istället för förebyggande operation, kan uppleva en negativ psykosocial påverkan såsom ökad ångest och oro till följd av vetskapen om bukaortaaneurysmet. I en systematisk litteraturöversikt kunde man dock inte finna några säkra tecken på negativa psykologiska effekter. Fler vetenskapliga studier behövs för att få en helhetsbild av screeningprogrammets inverkan på de psykosociala konsekvenserna hos hela målgruppen. Informationen till män med små bukaortaaneurysm ska dock utformas så att negativa effekterna minimeras. De eventuella negativa effekterna bedöms vara hanterbara och uppvägs av de hälsovinster och förebyggda dödsfall som screeningprogrammet medför.

Den etiska aspekten av att hitta och hantera bifynd vid ultraljudsundersökningen har belysts. Det är idag ovanligt att bifynd upptäcks inom screening för bukaortaaneurysm. Om ett bifynd upptäcks så är det dock vårdens ansvar att säkerställa denna patients fortsatta utredning, behandling och uppföljning. Hanteringen ska ske på ett etiskt försvarbart sätt och vara jämlik över landet. Socialstyrelsen bedömer att bifynd inte utgör något hinder för att anse att screeningprogrammet är etiskt godtagbart.

Det finns inget vetenskapligt underlag ännu som kan styrka att screening av kvinnor för bukaortaaneurysm minskar kvinnors dödlighet i sjukdomen. Trots att det finns viss litteratur inom fältet så anses effekten av screening av kvinnor vara en vetenskaplig kunskapslucka. Därför är bedömningen att screening inte bör erbjudas till kvinnor.

Förekomsten av bukaortaaneurysm hos 70-åriga kvinnor i Sverige som rökt eller röker är relativt hög, 2,2 procent. Det saknas dock studier av nyttan och även genomförbarheten för screening av riskgrupper, till exempel rökande kvinnor.

11. Screeningprogrammets kostnadseffektivitet har värderats och bedömts rimlig

Resultaten av den hälsoekonomiska analysen visar att det rekommenderade screeningprogrammet har en kostnad per effekt på cirka 70 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY), ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, jämfört med ingen screening. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv blir kostnaden cirka 90 000 kronor per QALY. Enligt Socialstyrelsens bedömning är det en låg kostnad per effekt.

I alla landsting genomförs idag screeningverksamhet för bukaortaaneurysm. Rekommendationen innebär att screeningprogrammets inriktning förtydligas gällande vilka åldersgrupper som ska bjudas in, samt vilka gränsvärden som rekommenderas för uppföljning. För hälso- och sjukvården är den årliga totalkostnaden för bukaortaaneurysm i en situation med ett nation-

ellt screeningprogram för 65-åriga män beräknad till 125,5 miljoner kronor. Kostnaden för vård och behandling av kliniskt upptäckta bukaortaaneurysm i en situation då man inte har ett screeningprogram är beräknad till 81,6 miljoner kronor per år. Kostnaden för själva screeningprogrammet för bukaortaaneurysm, inklusive uppföljningsprogram och planerade operationer, blir därmed cirka 44 miljoner kronor per år.

Den hälsoekonomiska analysen visar också att det rekommenderade programmet medför hälsovinster. Det rekommenderade screeningprogrammet beräknas innebära att 90–100 för tidiga dödsfall per år i bukaortaaneurysm förebyggs, och att cirka 500 65-åriga män behöver screenas för att förebygga 1 dödsfall i brustet bukaortaaneurysm.

Resultatet från litteraturgranskningen och modellanalysens känslighetsanalyser visar att det är mycket osannolikt att det rekommenderade programmet medför en kostnad per QALY som överstiger 500 000 kronor, vilket är Socialstyrelsens övre gräns för en måttlig kostnad per QALY. En analys med de två faktorer som visat sig ha stor betydelse för kostnadseffektiviteten visar att programmet medför en låg kostnad per QALY. Dessa faktorer är förekomsten av bukaortaaneurysm i befolkningen, och andelen bukaortaaneurysm som upptäckts om screeningprogrammet inte hade funnits.

Ett fullständigt hälsoekonomiskt underlag finns i bilagan *Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män – hälsoekonomisk analys* som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats:

www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

12. Information om deltagande i screeningprogrammet har värderats

Informationen om screeningprogrammet till inbjudna och deltagande män behöver alltid vara tydlig, lättbegriplig och korrekt. Det är viktigt att all kommunikation utformas så att de ges möjlighet att fatta ett välinformerat beslut om att delta i programmet eller inte. Det behöver framgå tidigt varför screening rekommenderas för den inbjudna målgruppen. Informationen bör även redovisa såväl positiva som negativa konsekvenser av att delta. Hur kommunikationen utformas är viktig för att minimera de negativa psykosociala konsekvenser som kan uppstå i samband med ett screeningdeltagande.

Inbjudningarna har i dag en liknande struktur och ett liknande innehåll runt omkring i Sverige. Det finns dock skillnader som behöver utjämnas, och uppgifter som kan förbättras för att informationen om programmet ska vara likvärdig över landet.

Det är exempelvis viktigt att inbjudan beskriver båda åtgärderna som en screeningupptäck patient kan erbjudas. Av de knappt 2 procent som får diagnosen bukaortaaneurysm vid screeningundersökningen så är flertalet, cirka 90 procent, mellan 30 och 54 mm och räknas som små. Informationen behöver vara tydlig kring att patienter med små bukaortaaneurysm kommer att erbjudas uppföljningsprogram som kan pågå hela livet. De resterande cirka 10 procent av dem som vid screeningundersökningen diagnostiseras, har stora bukaortaaneurysm på 55 mm eller mer. För dessa patienter utreder man skyndsamt om planerad operation kan erbjudas. Det är viktigt att de patienter som erbjuds operation, får tydlig information kring detta. Att det finns kända riskfaktorer som rökning och ärftlighet bör även framgå. Informationen om

riskfaktorer behöver balansera mellan att bidra till att personer ur dessa riskgrupper väljer att delta i större utsträckning samtidigt som det inte påverkar det populationsbaserade deltagandet i övrigt negativt.

I inbjudan hänvisar många i dag till 1177 Vårdguiden som har en lättbegriplig information. Samstämmigheten mellan inbjudan som går ut till 65-åriga män och informationen på 1177 Vårdguiden kan dock förbättras avseende uppgifterna om små bukaortaaneurysm, uppföljningsprogram, förebyggande operation samt det nationella screeningprogrammet.

Informationsinsatser som syftar till att motverka skillnader i deltagande utifrån socioekonomiska faktorer kan bidra till en mer jämlik vård. Regionalt finns erfarenheter av insatser som resulterat i ökat deltagande. Ett exempel är där inbjudan tagits fram i samarbete med kommunikationsexperter och genomförts med professionella marknadsföringsinsatser vilket resulterade i ett ökat screeningdeltagande.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs en nationell kommunikationsplan för screeningprogrammet för bukaortaaneurysm. Syftet är att möjliggöra likvärdig information om programmet oavsett var man bor i landet. Sammanfattningsvis kan kommunikationsplanen ha som utgångspunkt hur hälso- och sjukvården på bästa sätt besvarar följande frågor:

- Varför är det viktigt att upptäcka ett bukaortaaneurysm?
- Hur går undersökningen till?
- Är deltagandet frivilligt?
- Hur vanligt förekommande är bukaortaaneurysm?
- Hur många bukaortaaneurysm upptäcks vid screening?
- Vad finns det för åtgärder för bukaortaaneurysm?
- Hur ser uppföljningsprogram av små bukaortaaneurysm ut?
- Hur länge ska uppföljningsprogrammet pågå?
- Hur många med screeningupptäckt bukaortaaneurysm erbjuds en förebyggande operation?
- Vilka riskgrupper finns?
- Var kan man få ytterligare information?

Arbetet med kommunikationsplanen samordnas med fördel nationellt av hälso- och sjukvårdshuvudmännen. All personal i hela vårdkedjan, både från primär- och specialistvård, som kommer i kontakt med den inbjudna målgruppen vid screeningundersökningen samt diagnostik, vård och behandling av patienter bör involveras i arbetet. Att bjuda in patienter i arbetet kan ge ett ökat patientperspektiv. Kommunikationsplanen bör samordnas med det material som 1177 Vårdguiden ger ut om screening för bukaortaaneurysm.

Det finns få internationella erfarenheter beträffande information om screening för bukaortaaneurysm. I våra nordiska grannländer finns ännu ingen strukturerad nationell screening. Storbritannien har rekommenderat populationsbaserad screening för bukaortaaneurysm sedan 2009 och i linje med detta även utvecklat ett informationsmaterial som heter National Health Service (NHS) Screening Programmes Abdominal Aortic Aneurysm, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/429321/AAA01_070515.pdf. Detta informationsmaterial skulle kunna utgöra en modell för en nationell svensk kommunikationsplan.

Huvudmännen för hälso- och sjukvården bör ta hänsyn till om den inbjudna målgruppen inkluderar nyanlända invandrare, personer med lässvårigheter samt nationella minoriteter. Informationen kan därför behöva översättas till andra språk eller till lättläst svenska. Syftet är att alla ska få möjlighet att ta ställning till och kunna fatta ett informerat beslut om att delta i programmet eller inte.

13. Organisatoriska aspekter som är relevanta för ett nationellt likvärdigt screeningprogram har kartlagts

I dag finns en pågående och fungerande screeningorganisation för bukaortaaneurysm i hela Sverige. Den befintliga organisationen kommer att kunna användas för det rekommenderade screeningprogrammet, men Socialstyrelsen anser att vissa delar kan utvecklas och förbättras lokalt, regionalt och nationellt. Det är viktigt att huvudmännen utför regelbundna kvalitetskontroller av screeningorganisationens delar. Deltagarfrekvens, ultraljudsundersökningen och uppföljningen av identifierade patienter bör följas. Resultatet från kvalitetskontrollerna ger möjlighet att kunna modifiera programmet efter behov. Detta kan främja jämlik vård och behandling över landet.

Screeningverksamheten för bukaortaaneurysm består av tre delar:

- administrativ enhet
- ultraljudsenhet
- kärlkirurgisk klinik.

De tre delarna är organiserade på olika sätt regionalt och lokalt. På vissa ställen återfinns de inom samma enhet medan andra har valt att organisera delarna separat.

Den administrativa enheten ansvarar för att inbjudan till screeningundersökningen går ut till rätt målgrupp. Identifiering av rätt målgrupp för inbjudan är centralt, för att sedan kunna mäta deltagandet på rätt sätt. De som exempelvis har avlidit, flyttat, gjort annat vårdval än sitt eget landsting, redan har genomgått undersökning i andra landsting tidigare eller är patienter som redan fått en diagnos ska inte bjudas in. I inbjudan bör det också finnas kontaktuppgifter för ombokning, avbokning samt telefonrådgivning på kontorstid. Enligt 3 kap. 6 § patientdatalagen (2008:355) ska patientjournalen bl.a. innehålla uppgift om den information som lämnats till patienten.

För att lagra och extrahera data samt uppnå god kvalitet inom screeningprogrammet är det viktigt att den administrativa enheten har tillgång till ändamålsenligt it-stöd. Administrationen behöver ha ett nära samarbete med ultraljudsenheten och kärlkirurgkliniken. It-systemet behöver därför kunna interagera utan fördröjning med de andra delarna inom screeningorganisationen.

Vid ultraljudsenheten sker screeningundersökningen genom att bukaortans diameter mäts med ultraljud. Det är viktigt att undersökningen utförs av utbildad personal för att testmetoden ska vara lämplig. Det bör även ske en regelbunden intern och extern kvalitetsgranskning av personalens undersökningsteknik. Samtliga resultat från ultraljudsundersökningarna bör sparas i patientjournalen. Detta gäller både mätvärden och bilder. Och det gäller oavsett om det är normala mätvärden under 30 mm eller bukaortaaneurysm på 30 mm eller mer. Syftet är att alla undersökta personers resultat, inom ramen

för kvalitetskontroller ska kunna eftergranskas av huvudmännen. Målet är att säkerställa framtida vård, diagnostik och behandling, men även att möjliggöra forskning och utveckling.

Förekomsten av bukaortaaneurysm bland 65-åriga män i Sverige är i dag knappt 2 procent. Detta innebär att de svenska screeningundersökningarna för bukaortaaneurysm friskförklarar mer än 98 procent. Knappt 2 procent blir däremot nydiagnostiserade patienter vid undersökningen. Vid screeningtillfället bör samtliga undersökta män få muntlig information och rådgivning om resultat och eventuell fortsatt uppföljning av personal som har utbildning i patientsamtal. Detta kan kompletteras med ett personligt skriftligt besked till alla som genomgått undersökningen.

De män som har en bukaortadiameter på 30 mm eller mer vid screeningundersökningen och får diagnosen bukaortaaneurysm erbjuds uppföljning. Uppföljningen av patienterna sköts inom befintligt vårdprogram vid kärlkirurgisk klinik. Uppföljningen innebär att patienterna erbjuds två olika åtgärder – uppföljningsprogram eller planerad förebyggande operation. Åtgärderna som erbjuds är beroende av storleken på bukaortaaneurysmet. Det är viktigt att tydliggöra för den nydiagnostiserade patienten vilken av åtgärderna som rekommenderas, vad åtgärden innebär, samt vart han kan vända sig för ytterligare information. Den kärlkirurgiska klinik som ska ansvara för patienten bör därför ansvara för innehållet i den information som ges vid screeningtillfället. En nydiagnostiserad patient ska omhändertas av sin kärlkirurgiska klinik inom en rimlig tid efter screeningundersökningen. Nationellt finns en gruppering med representanter för de regionala screeningprogrammen, Swedish Aneurysm Screening Study group (SASS). Vårdprogrammen tillsammans med SASS utgör en infrastruktur för organisatoriska aspekter av screeningprogrammet.

Socialstyrelsen anser att det behövs regional och nationell samordning av hur nydiagnostiserade patienter informeras om den fortsatta uppföljningen vid screeningtillfället. Tydlig och tillgänglig information tillsammans med ett omhändertagande inom rimlig tid kan minska negativa psykosociala effekter och ge dessa patienter förutsättningar för likvärdigt och jämlik vård över landet.

En patient kan välja utförare av offentligt finansierad öppen vård i ett annat landsting än hemlandstinget (9 kap. 1 § patientlagen [2014:821] och 4 § hälso- och sjukvårdslagen [1982:763]). Detta omfattar screening och organisationens delar behöver därför ta hänsyn till att man kan välja att genomgå screeningundersökningen i ett annat landsting än det egna.

Det kan vara aktuellt att se över om delar av programmet ska centraliseras eller decentraliseras regionalt eller nationellt. En centraliserad administrativ enhet som hanterar inbjudan och har ändamålsenligt it-stöd kan medföra samordningsvinster och minska administrativa kostnader. Centralisering kan även underlätta identifieringen av rätt målgrupp som ska erbjudas screening samt på så vis mäta deltagandet på rätt sätt. En centraliserad administration kan även ge förutsättningar för att de inbjudna männen ska kunna avboka, omboka samt få telefonrådgivning av utbildad personal på kontorstid. En decentraliserad ultraljudsenhet, som samordnas både inom och utom sjukvårdsregionen, kan i vissa fall vara ett alternativ för att uppnå hög deltagar-

frekvens. Decentraliseringen kan innebära att man använder sig av en mobil ultraljudsenhet med avseende på både personal och ultraljudsutrustning.

14. Screeningprogrammets resursbehov och genomförbarhet har värderats

I alla landsting finns idag en pågående screeningverksamhet för bukaortaaneurysm av 65-åriga män. I ett fåtal landsting har man valt att även bjuda in äldre åldersgrupper än enbart 65-åringar. Cirka hälften av landstingen erbjuder uppföljning till män som diagnostiseras med bukaortaaneurysm och har en bukaortadiameter på 30 mm eller mer. Den andra hälften erbjuder även uppföljning till män med en bukaortadiameter på 25–29 mm. Rekommendationen innebär att screeningprogrammets inriktning förtydligas gällande vilka åldersgrupper som ska bjudas in, samt vilka gränsvärden som rekommenderas för uppföljning.

Socialstyrelsen har analyserat den befintliga organisationen utifrån den rådande screeningverksamheten och gjort en bedömning av hur den kan komma att justeras i och med rekommendationen. Bedömningen är att det blir ett något minskat åtagande för de landsting som övergår från att följa upp personer med en bukaortadiameter på 25–29 mm, till att enbart följa upp personer med minst 30 mm i bukaortadiameter. Undersökningspopulationen är densamma, men andelen (cirka 3 procent) som följs upp vid denna nedre gräns är större än vid den rekommenderade gränsen för uppföljning på 30 mm (knappt 2 procent). En övergång från att bjuda in 70-åriga män till att enbart bjuda in 65-åriga män bedöms inte ha några avsevärda konsekvenser för genomförbarheten, även då behovet av ett flerårigt uppföljningsprogram räknats in. Detta beror på att antalet 70-åriga män i riket är obetydligt mindre (cirka 2 procent) än antalet 65-åriga män.

15. Det finns en plan för utvärdering av screeningprogrammets effekter

Utifrån den generiska modellen för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram har Socialstyrelsen tagit fram sju indikatorer och två bakgrundsmått för uppföljning av screening för bukaortaaneurysm:

- 1.0 Målgrupp för inbjudan till screeningprogrammet
 - 1.1 Andel som bjuds in till screening
 - 1.2 Andel som efter inbjudan deltagit i screening
 - 1.3 Andel som diagnostiserats med bukaortaaneurysm
 - 1.4 Andel med brustet bukaortaaneurysm efter negativ screening
 - 1.5 Andel diagnostiserade bukaortaaneurysm som inte har opererats eller brustit
 - 1.6 Andel med brustet bukaortaaneurysm efter positivt screeningfynd
- 2.0 Andel screeningupptäckta bukaortaaneurysm som har opererats
 - 2.1 Andel avlidna inom 30 dagar efter operation för bukaortaaneurysm

I dag saknas ett nationellt kvalitetsregister vilket innebär att uppföljning endast kan göras på lokal och regional nivå. Hälso- och sjukvården kan därför

verka för att utveckla möjligheterna till att systematiskt följa upp programmet även på nationell nivå.

En fullständig beskrivning av indikatorerna och bakgrundsmåtten finns i bilagan Screening för bukaortaaneurysm – indikatorer och bakgrundsmått som finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Referenser

1. Nationella screeningprogram. Modell för bedömning, införande och uppföljning. Socialstyrelsen; 2014.

Den publicerade rapporten finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Projektorganisation

Nationellt screeningråd

Lars-Torsten Larsson	ordförande
Jan Adolfsson	screeningexpert
Kerstin Nilsson	medicinsk expert
Niklas Hedberg	representant Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Anders Tegnell	representant Folkhälsomyndigheten
Elisabeth Strömquist	landstingspolitiker Norra sjukvårdsregionen
Denise Norström	landstingspolitiker Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Marie Ljungberg Schött	landstingspolitiker Stockholm-Gotland sjukvårdsregion
Mia Frisk	landstingspolitiker Sydöstra sjukvårdsregionen
Stefan Bengtsson	landstingspolitiker Västra sjukvårdsregionen
Stefan Lamme	landstingspolitiker Södra sjukvårdsregionen

Sakkunniggrupp

Jan Holst	ordförande sakkunniggruppen, docent, överläkare, Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus, Malmö
Anders Gottsäter	stf. ordförande sakkunniggruppen, professor, överläkare, Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus, Malmö
Peter Danielsson	medicine doktor, överläkare, Hallands sjukhus
Marcus Langenskiöld	medicine doktor, överläkare, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset
Thomas Larzon	medicine doktor, överläkare, Örebro universitet och Universitetssjukhuset Örebro

Linda Lyttkens	filosofie magister, screeningkoordinator, sjuksköterska, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset
Monica Pettersson	filosofie doktor, lektor, sjuksköterska, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset
Gunnar Plate	docent, överläkare, Lunds universitet och Helsingborgs Lasarett
Joy Roy	docent, överläkare, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset
Sven Törnberg	docent, överläkare, verksamhetsutvecklare screening, Karolinska institutet och Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland
Jonas Wallinder	överläkare, Sundsvalls sjukhus
Christine Wann-Hansson	professor, sjuksköterska, Malmö högskola och Skånes universitetssjukhus
Håkan Åstrand	medicine doktor, överläkare, Länssjukhuset Ryhov

Vetenskapligt underlag kriterierna 1-11

Jan Adolfsson	docent, projektledare, Karolinska institutet och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Agneta Brolund	informationsspecialist, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Rebecka Hultgren	docent, överläkare, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset
Pia Johansson	hälsoekonom, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Sverker Svensjö	medicine doktor, överläkare, Uppsala universitet och Falu lasarett
Anneth Syversson	projektadministratör, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Anders Wanhainen	professor, överläkare, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset

Experter organisatoriskt underlag kriterierna 12-15

Monica Pettersson	expert kriterium 12, filosofie doktor, lektor, sjuksköterska, Göteborgs universitet och Sahlgrenska universitetssjukhuset
-------------------	---

Christine Wann-Hansson	expert kriterium 12, professor, sjuksköterska, Malmö högskola och Skånes universitetssjukhus
Rebecka Hultgren	expert kriterium 13, docent, överläkare, Karolinska institutet och Karolinska universitetssjukhuset
Susanne Waldau	expert kriterium 14, medicine doktor, magister i folkhälsovetenskap, strateg kunskapsstyrning, Västerbottens läns landsting
Jan Adolfsson	expert kriterium 15, docent, projektledare, Karolinska institutet och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
Jan Holst	expert kriterium 15, docent, överläkare, Lunds universitet och Skånes universitetssjukhus, Malmö
Sven Törnberg	expert kriterium 15, docent, överläkare, verksamhetsutvecklare screening, Karolinska institutet och Regionalt Cancercentrum Stockholm-Gotland
Anders Wanhainen	expert kriterium 15, professor, överläkare, Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset

Medverkande Socialstyrelsen

Malin Engemark	projektledare
Linn Cederström	redaktör (t.o.m. juni 2015)
Sofie Hellgren	redaktör (fr.o.m. sept. 2015)
Lina Keller	projektmedarbetare
Caroline Mandoki	administratör
Katrin Tonnes	kommunikatör
Iwa Wasberg	produktionsledare
Arvid Widenlou Nordmark	enhetschef
Britta Zaar Nyman	kommunikationsstrateg
Göran Zetterström	delprojektledare kriterium 15

Förteckning över externa bilagor

Till rekommendationen hör tre bilagor:

- Bilaga 1. Screening för bukaortaaneurysm. Vetenskapligt underlag. Socialstyrelsen och SBU; 2015.
- Bilaga 2. Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män. Hälsoekonomisk analys. Socialstyrelsen och SBU; 2015.
- Bilaga 3. Screening för bukaortaaneurysm. Indikatorer och bakgrundsmått Socialstyrelsen; 2015.

Bilagorna finns att ladda ner från Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram.

Screening för bukaortaaneurysm

Vetenskapligt underlag
Bilaga 1

Denna bilaga skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Bilagan finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Bilagan kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-11-34 Bilaga 1
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2015

Innehåll

Sammanfattning av nyckelfaktorer	4
1. Tillståndet ska vara ett viktigt hälsoproblem	5
Sjukdomen och dess konsekvenser	5
Kvinnor	6
2. Tillståndets naturalförlopp ska vara känt	7
Aneurysmtillväxt	7
Brustet bukaortaaneurysm	8
Aneurysmpatienten	8
Subaneurysmala aortor	8
Kvinnor	9
3. Tillståndet ska ha en symptomfri fas som går att upptäcka	10
4. Det ska finnas en lämplig testmetod	11
5. Det ska finnas åtgärder som ger bättre effekt i tidigt skede än vid klinisk upptäckt	12
Den kirurgiska åtgärdens negativa effekter, planerad operation jämfört med kirurgi vid bristning	13
Kvinnor	13
6. Screeningprogrammet ska minska dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning som är förknippat med tillståndet	14
Kvinnor	17
7. Testmetoden och fortsatt utredning ska accepteras av avsedd population	18
8. Åtgärder vid tillståndet ska vara klarlagda och accepteras av avsedd population	19
9. Hälsovinsterna ska överväga de negativa effekterna av screeningprogrammet	21
Överdiagnostik	22
10. Screeningprogrammet ska vara godtagbart ur ett etiskt perspektiv ..	24
Effekter på hälsa	24
Förenlighet med etiska värden	26
Strukturella faktorer med etiska implikationer	27
Långsiktiga konsekvenser	27
Sammanfattning av de etiska frågorna	28
11. Screeningprogrammets kostnadseffektivitet ska ha värderats och bedömts vara rimlig	29
Ordförklaringar	31
Kunskapsluckor	39
Referenser	40
Litteratursökning	49

Sammanfattning av nyckelfaktorer

Sammanfattning av nyckelfaktorer för screening av 65-åriga män för bukaortaaneurysm i Sverige. Antalet män i denna ålder år 2014 var 58 000.

Förekomst	Hos knappt 2 procent av 65-åriga män = cirka 1 000 nya fall per år. Cirka 10 procent opereras direkt och resterande erbjuds uppföljande kontroller. 84 procent av de bukaortaaneurysm som brister gör det efter 65 års ålder.
Operationer	1 300 ingrepp per år i Sverige, 200–250 akuta för brustet aneurysm, resten som planerade ingrepp.
Screening (engångsundersökning med ultraljud) för 65-åriga män	Minskar dödligheten i bukaortaaneurysm med cirka 50 procent hos män 65 år eller äldre i den grupp som inbjuds till screening. Beräknas förebygga en för tidig död hos 90–100 män per år i Sverige (modellanalys byggd på svenska förhållanden). Utgående från randomiserade studier behöver 216–352 män screenas (number needed to screen) för att förebygga ett dödsfall i förtid. I den modellanalys som bygger på svenska förhållanden är denna siffra 503 män. 1,5–2 män behöver opereras (number needed to treat) för att förebygga ett dödsfall i förtid. Ökar antalet operationer för bukaortaaneurysm med 50 procent och till följd av detta beräknas ytterligare 2–3 män avlida i anslutning till ingreppet per år (modellanalys byggd på svenska förhållanden). Kan skapa oro i den grupp med små aneurysm som går i kontrollprogram.
Hälsoekonomi för screening av 65-åriga män (modellanalys som bygger på svenska förhållanden)	Total kostnad i Sverige för diagnosen bukaortaaneurysm hos män med screening införd = 125,5 miljoner kronor per år. Total kostnad i Sverige för diagnosen bukaortaaneurysm hos män utan screening = 81,6 miljoner kronor per år. Screening ökar kostnaden med 44 miljoner kronor per år. Kostnad per QALY: - hälso- och sjukvårdsperspektiv cirka 70 000 kronor - samhällsekonomiskt perspektiv cirka 90 000 kronor

1. Tillståndet ska vara ett viktigt hälsoproblem

Tillståndet (det som screeningprogrammet avser att upptäcka) ska leda till allvarliga konsekvenser, till exempel leda till för tidig död, svår skada eller funktionsnedsättning. Screening kan också vara aktuellt för tillstånd med mindre allvarliga konsekvenser men som på andra sätt är viktiga för samhället eller individen genom att en tidig åtgärd kan leda till sparade resurser eller minskat lidande. Tillståndets konsekvenser ska alltså sammantaget vara ett viktigt hälsoproblem men det kan vara viktigt ur olika aspekter för den enskilda individen och för samhället.

Sjukdomen och dess konsekvenser

Ett aneurysm på en pulsåder är en lokaliserad sjuklig vidgning av kärlet och kallas också pulsåderbräck. Ett aneurysm i aorta (stora kroppspulsådern) är vanligen beläget i buken (bukaortaaneurysm), oftast någon centimeter nedanför de kärl som går till njurarna. Ett bukaortaaneurysm anses vanligen föreligga om diametern på aorta överskrider 30 mm [1-3]. Det är vid denna storlek och däröver som en formell diagnos sätts.

Bukaortaaneurysm utvecklas vanligen efter 60 års ålder och är 4–6 gånger vanligare hos män än hos kvinnor [4-6]. Förekomsten hos 65–70 åriga män är idag cirka 2–3 procent i Europa och USA [5,7-9]. Förekomsten hos svenska män i 65-årsåldern är idag knappt 2 procent och den har minskat under de senaste 10–20 åren [5]. Det finns cirka 58 000 män som är 65 år i Sverige [10] och med knappt 2 procents förekomst skulle cirka 1 000 män visa sig ha ett bukaortaaneurysm om alla 65-åriga män undersöktes.

Vid sidan av manligt kön och ålder är tobaksrökning den viktigaste riskfaktorn och 80–90 procent av patienter med bukaortaaneurysm röker eller har rökt. Den minskning av förekomsten av bukaortaaneurysm som ses i Sverige är sannolikt beroende på minskad tobaksrökning i befolkningen. Det finns en koppling till åderförkalkning på så sätt att de två sjukdomarna delvis har gemensamma riskfaktorer, i synnerhet rökning, högt kolesterol, manligt kön och hög ålder. De flesta patienter med bukaortaaneurysm har därför också åderförkalkning i någon form, till exempel i hjärtats kranskärl. Blodsänförvanter till patienter med bukaortaaneurysm och patienter med andra aneurysm (t ex aneurysm i pulsådern i knävecket) har en betydande risk att utveckla bukaortaaneurysm [1,11-16].

Ett bukaortaaneurysm växer långsamt och om tillräckligt lång tid går när det en storlek där risken att det ska brista blir stor. Ett brustet bukaortaaneurysm leder obehandlat till döden till följd av omfattande inre blödning. I en äldre svensk befolkningsbaserad studie där obduktionsfrekvensen var mycket hög (87 %) avled cirka hälften av patienterna med ett brustet bukaortaaneurysm innan de kom till sjukhus [4]. I samma studie avled 53 procent av dem som nådde sjukhus innan behandling hann eller kunde ges [4]. I en större brittisk studie blev 42 procent av alla som kom till sjukhus med ett brustet

bukaortaaneurysm inte opererade medan 67 procent av dem som kom till sjukhus dog [17]. I Sverige idag är det sannolikt en större andel av de som hinner till sjukhus som kan komma i fråga för akut kirurgisk behandling än i studien ovan. Nya preliminära data från Stockholm visar att 74 procent av de som kom till sjukhus med ett brustet bukaortaaneurysm kunde operas akut [18]. Den totala dödligheten hos personer som drabbas av akut bristning är alltså fortfarande mycket hög, 80–90 procent.

I det svenska dödsorsaksregistret registrerades år 2013 totalt 567 dödfall, 190 kvinnor och 377 män, till följd av bukaortaaneurysm [19]. Av dessa inträffade 344 hos män som var 65 år eller äldre. På grund av den låga obduktionsfrekvensen i Sverige, (totalt 7 %) [19], är dessa siffror antagligen en underskattning. Man kan anta att dödsorsaken för en del personer med plötsliga dödsfall i hemmet är ett brustet bukaortaaneurysm, men att dessa i många fall registreras med en annan dödsorsak, till exempel hjärtinfarkt eller hjärtstopp.

Många patienter med små bukaortaaneurysm dör av andra orsaker, främst hjärt- och kärlsjukdomar, innan aneurysmet hunnit växa till en sådan storlek att det brister. Hos patienter med stora bukaortaaneurysm (55 mm eller större) är risken för att de ska brista stor och en förebyggande planerad operation rekommenderas då för att förhindra att det brister [16,20-25]. Den vidgade delen av kärlet ersätts av en kärlprotes. Personer med små aneurysm opereras inte direkt eftersom risken för att dessa ska brista är mindre än risken med operation [16,21-25].

I Sverige har cirka 10 procent av de som diagnostiseras inom screeningen ett bukaortaaneurysm som behöver behandlas skyndsamt, det vill säga att det är 55 mm eller större vid diagnos. Flertalet, cirka 90 procent, av de aneurysm som diagnostiseras inom screeningen är små, mellan 30 och 55 mm, och dessa kontrolleras regelbundet i strukturerade uppföljningsprogram vid kärlkirurgiska enheter.

I Sverige görs årligen ungefär 1 000 förebyggande och cirka 200–250 akuta ingrepp för bukaortaaneurysm [26]. Av dem som opererades år 2013 hade 232 män (18 %) ett bukaortaaneurysm som upptäckts vid screening [26]. Av alla operationer gjordes 21 procent på grund av ett brustet bukaortaaneurysm och den andelen var den samma som år 2012 [26].

Vid planerad kirurgi är dödligheten inom 30 dagar efter operation mindre än 2 procent och efter akut kirurgi för ett brustet bukaortaaneurysm är den 27 procent [26]. Av de män som år 2013 opererades för ett bukaortaaneurysm upptäckt med screening avled två (0,9 %) inom 30 dagar efter operation [26].

Kvinnor

Hos kvinnor är förekomsten av bukaortaaneurysm betydligt lägre än hos jämnåriga män (1:4–6) och utvecklingen av aneurysm sker 5–10 år senare i livet [6,9,27]. I en ny svensk studie var förekomsten 0,4 procent hos 70-åriga kvinnor i allmänhet medan förekomsten var 2,2 procent hos kvinnor som rökt eller rökte. [6].

2. Tillståndets naturalförlopp ska vara känt

Tillståndets naturalförlopp, och framför allt utvecklingen från latent till symtomgivande sjukdom, ska vara beskrivet på gruppnivå. För tillstånd som inte är progressiva är det i stället konsekvenserna av tillståndet som ska vara kända. Tillståndet ska hos flertalet personer leda till allvarliga problem om ingen åtgärd sätts in.

Naturalförloppet omfattar aspekter både på bukaortaaneurysmets utveckling och på patienten som har sjukdomen. Det finns idag omfattande data rörande tillväxt av bukaortaaneurysm och dödlighet till följd av sådana från stora kohortstudier samt från randomiserade (slumpmässigt uppdelade) studier med långtidsuppföljning.

Tidigare ansågs bukaortaaneurysm vara en del av åderförkalkningssjukdomarna. Epidemiologiska och histologiska skillnader gör dock att man idag anser att bukaortaaneurysm är en egen sjukdom. Utmärkande för kärlaneurysm är en nedbrytning av bindvävsproteiner (elastin och kollagen) och en kronisk inflammation i kärlväggens mellersta lager (median) [28]. Det finns sannolikt ärftliga faktorer som ökar risken att utveckla ett bukaortaaneurysm och olika immunologiska mekanismer har också diskuterats. Till stora delar är dock orsaksmekanismerna för utveckling av aneurysm okända [11,29].

Aneurysmtillväxt

Ett bukaortaaneurysm växer vanligen långsamt för att så småningom nå en storlek där det riskerar att brista. Ju större det är desto fortare växer det. Storleksökningen uppskattas till cirka 5–10 procent per år. Variationen är dock stor och det är svårt att förutse långtidsförloppet hos den enskilde patienten [30–32]. Förutom vidden på aorta, har högre ålder, kvinnligt kön, ärftlighet, rökning och hypertoni kopplats till snabbare tillväxt [30,32–35]. Inom screeningverksamheten i Sverige har man sett att cirka hälften av de screeningupptäckta bukaortaaneurysmen når en storlek av 55 mm, det vill säga uppfyller kriterierna för operation, inom 5 år [36].

De biologiska orsaker som ligger bakom tillväxten av bukaortaaneurysm är okända [29]. Förutom rökavvänjning och möjligen behandling av högt blodtryck, saknas idag specifik behandling för att förhindra eller sakta ned tillväxten av ett bukaortaaneurysm. Randomiserade läkemedelsstudier har genomförts men man har hittills inte kunna visa någon säker effekt på tillväxt av aneurysm. Flera studier pågår internationellt och nationellt, exempelvis fas 2–3 studier med doxycyklin, telmisartan, cyclosporine A, statiner, ACE-hämmare, mastcellshämmare, betablockerare och trombocythämmare [37–40].

Brustet bukaortaaneurysm

Risken för bristning står i proportion till storleken på aneurysmet. Risken att aneurysm som är mindre än 50 mm ska brista är mindre än 1 procent per år. Denna risk ökar till cirka 5–10 procent per år för patienter med bukaortaaneurysm mellan 50–60 mm och till mer än 10 procent per år om det är större 60 mm [9,21,30]. Förutom storleken på bukaortaaneurysmet har kvinnligt kön, ålder, rökning och hypertoni kopplats till risken att det ska brista [32,41]. Den ökade risken för rökare att drabbas av bristning, kan möjligen bero på den snabbare tillväxt som ses på gruppnivå för rökare jämfört med icke-rökare, men eftersom flertalet av studierna visar på en stor variation bör fynden tolkas med en viss försiktighet [32].

Fyra randomiserade studier har visat att förebyggande kirurgisk behandling är motiverat vid en aneurysmstorlek på 55 mm eller större [21-25,42]. Risken att dö av ett brustet bukaortaaneurysm är då större än risken att dö i anslutning till en operation.

Aneurysmpatienten

På grund av den högre förekomsten av hjärt- och kärlsjukdom, kronisk obstruktiv lungsjukdom, högt blodtryck och andra rökrelaterade sjukdomar hos patienter med bukaortaaneurysm har de en ökad dödlighet som inte bara är kopplad till bukaortaaneurysmet jämfört med en grupp personer med samma sammansättning avseende ålder och kön men som inte har bukaortaaneurysm [7,13,33,34,43-45]. Patienter med bukaortaaneurysm gynnas sannolikt av en tidigarelagd diagnos genom att de får förebyggande åtgärder för hjärt- och kärlsjukdom [46] som rökstopp, acetylsalicylsyra, statiner, livsstilsrådgivning, etc [47]. I studier gjorda under tidsperioden innan screening infördes, uppskattades den relativa 5-årsöverlevnaden efter en lyckad operation för bukaortaaneurysm till 95 procent, och hälften av alla överlevde 8 år eller mer [48-51].

Subaneurysmala aortor

Ett bukaortaaneurysm definieras vanligen som en aortadiameter på 30 mm eller större [1-3]. Personer med aortadiameter på 25–29 mm, så kallad subaneurysmal aorta eller aneurysm-in-formation, har på senare tid uppmärksamats för risken att på sikt utveckla ett aneurysm. Cirka 1,8 procent av 65-åriga män i Sverige har en aortavidd på mellan 25 och 29 mm [5]. Befolkningsbaserade prospektiva (framåtblickande) studier har visat att upp till hälften av de män som hade subaneurysmal vidgning av aorta utvecklade ett bukaortaaneurysm (det vill säga aorta vidgades till 30 mm eller mer) inom 5–10 år [36,45,52-55]. I en retrospektiv multicenterstudie hade 26 procent av de med en ursprunglig vidd på 25–29 mm utvecklat ett bukaortaaneurysm på 55 mm efter 10 år och medeltiden till att utveckla ett sådant var 13–15 år [52]. I trettonårsuppföljningen av The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) noterades en ökning av antalet brustna bukaortaaneurysm i screeningarmen efter 8 år. En majoritet av dessa tillhörde den grupp av män som hade subaneurysmala aortor vid screeningtillfället 13 år tidigare [43,56,57].

Den stigande medellivslängden gör att risken att hinna utveckla ett bukaortaaneurysm hos dessa män också ökar. År 2014 hade 65-åriga män en förväntad överlevnad om cirka 18 år [10].

Även om den kliniska betydelsen av de aneurysmer som senare utvecklas hos män med subaneurysmal bukaorta ännu inte är helt känd är det viktigt att påpeka att alla studier som studerat naturalförloppet för denna subgrupp har visat på en påtaglig risk att senare utveckla aneurysm, medan det inte finns någon studie som visar att det är helt ofarligt att lämna dessa utan uppföljning. Det finns dock inga publicerade randomiserade studier som undersöker effekten av screening i denna grupp. Flera landsting har idag uppföljningsprogram som också inkluderar denna subgrupp, vanligen som en ultraljudsundersökning efter 5 år. De närmsta åren beräknas långtidsdata från studier i Sverige och England finnas tillgängliga vilket kommer att ytterligare klargöra hur denna subgrupp ska handläggas i framtiden. Vidare pågår studier av kostnadseffektiviteten och effekterna på livskvalitet av en sådan uppföljning.

Kvinnor

Kvinnor har en 3–4 gånger högre risk för att aneurysmet ska brista och den genomsnittliga diametern när det sker verkar vara 5 mm mindre än hos män [3,32,41,58]. Några studier beskriver också en snabbare tillväxt av bukaortaaneurysm, högre risk för att de inte erbjuds kirurgi vid bristning, och högre komplikationsfrekvens och dödlighet vid behandling för kvinnor jämfört med män [41,49,51,59-62]. Detta tyder på att bukaortaaneurysm hos kvinnor kan vara en allvarligare sjukdom samt att kvinnor med bukaortaaneurysm är generellt sjukare.

3. Tillståndet ska ha en symtomfri fas som går att upptäcka

Tillståndet ska ha ett diagnostiserbart latent eller symtomfritt stadium. Om det finns en symtomfri fas i vilken tillståndet går att åtgärda måste det finnas en möjlighet att diagnostisera det i denna fas.

Vid progressiva sjukdomar med ett snabbt förlopp kan denna latent eller symtomfria fas vara relativt kort. Screeningen kan därför komma att göras för tidigt eller för sent vilket leder till mindre nytta av programmet. Om den symtomfria fasen däremot är längre finns en risk att screening leder till överdiagnostik och överbehandling av tillstånd som ändå aldrig skulle ha lett till för tidig död, svår skada eller funktionsnedsättning.

Flertalet personer med bukaortaaneurysm som inte brutit har inga symtom alls. Undantagsvis känner man själv en pulserande knöl i buken. Det förekommer att sjukdomen medför att blodproppar vandrar till kärlen i benen (emboliserar), vilket leder till smärtsamma tåspetsnekroser (Blue toe syndrome). Stora bukaortaaneurysm kan ibland kännas som en pulserande knöl vid undersökning av buken. Specificiteten (träffsäkerheten) för en sådan undersökning är dock mycket begränsad för små aneurysm och bukfetma försvårar ofta undersökning på djupet [63].

Då ett bukaortaaneurysm brister får patienten ofta mycket svåra buksmär-
tor strålade ut mot ryggen eller flankerna och patienten kan snabbt förlora
medvetandet på grund av stor inre blödning. Det är oftast när detta händer
som man hittar ett bukaortaaneurysm på grund av symtom.

De flesta screeningupptäckta bukaortaaneurysm är små, 90 procent mindre
än 55 mm, 70 procent mindre än 40 mm, och de tillväxer vanligen långsamt
under flera år [5,9,32,58,64].

4. Det ska finnas en lämplig testmetod

Testmetoden ska ha en vetenskapligt bevisad förmåga att med stor precision (utifrån sensitivitet, specificitet samt positivt och negativ prediktivt värde) hitta eller utesluta det aktuella tillståndet. Testmetoden ska ha utvärderats i den aktuella populationen. Om det efter ett initialt positivt screeningtest behövs kompletterande tester för att säkerställa diagnos eller behovet av åtgärder, ska även dessa testmetoder vara klarlagda och utvärderade.

I ett screeningprogram ska testresultatets gränsvärden för efterföljande åtgärder vara väldefinierade.

Ultraljud är en billig icke invasiv metod och som med mycket stor säkerhet kan hitta bukaortaaneurysm [65-67]. Ultraljudsundersökning av bukaortan görs på några enstaka minuter [68]. Ultraljud är förstahandsmetod som test i screeningprogrammen och är samtidigt en diagnostisk undersökning. Ultraljud används också som uppföljande undersökning i kontrollprogram av bukaortaaneurysm [1,3,69].

I de stora randomiserade studierna har ultraljud använts men mätningarna har gjorts på olika sätt, där man mäter olika strukturer i kärlväggen. I större delen av Sverige används idag, så kallad "leading edge-leading edge" (LELE), [67] De övriga metoderna som "inner-to-inner" och "outer-to-outer" har utvärderats tillsammans med LELE och LELE var den som bäst gick att återupprepa [65]. Även om undersökningen kan påverkas av fetma och tarmgas så syns bukaorta i nära 100 procent [66]. Samtliga mätmetoder har validerats mot datortomografi, som är gold standard inför beslut om kärlkirurgisk åtgärd [65,70,71]. Skillnaden mellan olika undersökare och skillnaden om en undersökare gör upprepade ultraljud är i studier där urvalet av patienter inte begränsats (oselekterade) i båda fallen cirka 5 mm [65].

I en studie av screeningverksamheten i Mellansverige undersöktes 2 736 män, av dessa var en person falskt positiv det vill säga ansågs ha ett bukaortaaneurysm vid den första ultraljudsundersökningen men där vidden på aorta var mindre än 30 mm vid eftergranskning [36]. Sensitiviteten (känsligheten) och specificiteten (träffsäkerheten) är mycket hög för ultraljudsundersökning för bukaortaaneurysm, 98,9 respektive 99,9 procent [64,66].

Ingen patient behandlas med kirurgi efter att ett bukaortaaneurysm hittats med ultraljud som enda undersökning. Alla patienter som ska opereras utreds med magnetkamera eller datortomografi innan slutgiltigt beslut om operation tas.

5. Det ska finnas åtgärder som ger bättre effekt i tidigt skede än vid klinisk upptäckt

Det måste finnas effektiva åtgärder vid det tillstånd som screeningen avser upptäcka. Dessutom ska effekten av åtgärden i tidig fas vara bättre än vid symptom för att screening ska vara aktuellt. Även åtgärdens negativa effekter (biverkningar och komplikationer) ska beaktas. Åtgärder som utförs vid ett screeningupptäckt tillstånd kan i vissa fall ha färre negativa effekter än åtgärder som utförs efter klinisk upptäckt.

Med begreppet åtgärd avses i detta avsnitt kirurgisk behandling. Det finns idag ingen etablerad medikamentell behandling men personer som behandlats med statiner har bättre prognos vid operation för bukaortaaneurysm än icke-statinbehandlade [72].

De flesta patienter med brustet bukaortaaneurysm hinner inte till sjukhus, och denna grupp har en närmast 100-procentig dödlighet (se avsnitt 1). Risken att avlida inom 30 dagar efter operation hos patienter med brustet bukaortaaneurysm år 2013 i Sverige var 27 procent. Motsvarande risk för patienter som genomgått en planerad åtgärd i ett tidigt skede var 1,6 procent [26,73]. I Sverige görs årligen cirka 1 300 ingrepp för bukaortaaneurysm. Av dessa sker 200–250 akut på grund av brustet bukaortaaneurysm och cirka 1 000 är planerade ingrepp [26].

Operationen kan göras med öppen kirurgisk teknik eller med kateterburen, röntgenbaserad teknik, så kallad endovaskulär teknik (EVAR). Vid öppen kirurgi ersätts aneurysmet av ett syntetiskt graft (kärlprotes). Vid endovaskulär kirurgi förs ett stentgraft in via ljumskartären och läggs på plats under röntgengenomlysning. Endovaskulär operation är en minimalinvasiv metod som ofta kan göras genom att man sticker en nål in i något av de större kärlen och kärlgraftet förs sedan med hjälp av röntgen in i aorta via denna nål. Man behöver alltså inte göra någon öppen operation och ingreppet kan göras under lokalbedövning. En majoritet av de patienter som opereras idag åtgärdas med EVAR [26]. På kort sikt har patienter som behandlats med EVAR en betydligt lägre risk för komplikationer och död jämfört med patienter som behandlats med öppen kirurgi, men långsiktigt är metoderna jämförbara vad gäller överlevnad och allvarliga komplikationer. EVAR är förenat med fler förnyade behandlingar på grund av komplikationer relaterade till det graft som sätts in. [74].

Den kirurgiska åtgärdens negativa effekter, planerad operation jämfört med kirurgi vid bristning

I en nationell studie [73] grundad på det svenska kärlregistret (Swedvasc), var dödligheten vid planerad kirurgisk behandling mycket låg jämfört med internationella rapporter, både för män med screeningupptäckta och icke-screeningupptäckta aneurysm. Under den första 30-dagarsperioden efter planerad behandling hade cirka 5 procent av patienterna fått stroke, akut hjärtinfarkt, njurpåverkan, störd blodtillförsel till tarmen eller hade avlidit [73]. Denna komplikationsfrekvens ska jämföras med en 27-procentig dödlighet [26] inom 30 dagar efter operation för ett brustet bukaortaaneurysm. Komplikationsfrekvensen är också mycket högre då de flesta som opereras för ett brustet bukaortaaneurysm får mer eller mindre allvarliga komplikationer [75].

Uppföljningen av personer som behandlats med EVAR följer internationella rekommendationer och detta innebär vanligen årliga kontroller resten av livet [74]. Behovet av dessa kontroller är omdebatterat, vilken nytta man har och kostanden samt den strålningsrisk som uppstår till följd av upprepade datortomografier. Personer som behandlats med konventionell öppen operation följs vanligen inte upp efter det postoperativa besöket.

Kvinnor

Kvinnor är i minoritet också bland de som fått behandling för bukaortaaneurysm och de är äldre än män vid behandling [48,49,51,62].

Flera studier visar att kvinnor i mindre utsträckning behandlas med EVAR än med öppna ingrepp än män [51,76-78]. En bidragande faktor kan vara en anatomisk könsskillnad avseende bukaortaaneurysmets utseende, det vill säga de anatomiska förutsättningarna för EVAR-behandling är sämre än hos män [79,80]. De tre större randomiserade studierna som gjorts avseende jämförelser av behandlingsresultat för EVAR-behandling och öppen terapi inkluderade få kvinnor, och därmed kan generaliserbarheten av dessa resultat ifrågasättas för kvinnor [81-83].

Kvinnor har också sämre resultat av förebyggande kirurgi, möjligen beroende på att de oftare uppvisar en komplex anatomi i anslutning till bukaortaaneurysmet [31,51,61,62,84-89].

Anatomiska skillnader mellan könen kan bidra till valet av öppen kirurgi snarare än EVAR hos kvinnor. Detta kan också påverka komplikationsfrekvensen efter operation där kvinnor har en högre rapporterad förekomst av sådana än män [76,80].

6. Screeningprogrammet ska minska dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning som är förknippat med tillståndet

Screeningprogrammets effekt ska ha utvärderats i väl genomförda randomiserade populationsbaserade studier. Programmet ska ha visat effekt på dödlighet, sjuklighet eller funktionsnedsättning i tillståndet i befolkningen.

Vissa screeningprogram kan av praktiska eller etiska skäl inte utvärderas i randomiserade studier. För dessa kan dokumentation från flera, oberoende, vetenskapliga studier av förloppen med och utan screening vara ett alternativ.

Den screening med ultraljud som sedan 2006 pågår i Sverige och som är nationellt heltäckande från 2015 bygger på det sammantagna vetenskapliga underlaget från flera randomiserade studier och omfattande epidemiologiska data, till exempel från operationsstatistik och överlevnadsstatistik. Den sammantagna bedömningen har varit att det funnits ett starkt vetenskapligt underlag för att en engångsscreening med ultraljud av 65-åriga män minskar dödligheten i sjukdomen. För yngre/äldre män samt för kvinnor har bedömningen varit att det inte funnits tillräckligt vetenskapligt underlag för att rekommendera screening. Likaså har det ansetts saknas vetenskapligt underlag för upprepad undersökning. Det finns ett omfattande vetenskapligt underlag som visar att personer med vidd på bukaorta mellan 25 och 29 mm har en påtaglig risk att utveckla aneurysm (30 mm eller större) med tiden, men det saknas studier som utvärderat nyttan (minskad dödlighet) av att erbjuda denna grupp fortsatt uppföljning.

Fyra randomiserade internationella studier [54,56,90,91] utgör det viktigaste vetenskapliga underlaget för införandet av screening för bukaortaaneurysm hos 65-åriga män i Sverige.[1,3,38]. Det finns bara en studie som randomiserat kvinnor (Tabell 1) [89].

Tabell 1. Randomiserade studier – huvudresultat analyserade enligt "intention to screen". För detaljerade data se tabell 2.

Författare År Land	n	Ålder	Uppföljning	AAA- relaterad kirurgi (95 % CI) Beräknad från data i respektive publikation	AAA död (95% CI)	Död (95% CI)	Studiekvalitet
Ashton et al 2007 [91] Storbritan- nien	Män 2 995 inbjudna 3 045 kontroller	65–80	15 år	RR 1,45 (0,97; 2,16)	HR 0,88 (0,60; 1,32) 1,8 to 1,6%	HR 1,01 (0,95; 1,07)	Medium
Scott et al 2002 [89] Storbritan- nien	Kvinnor 4 682 inbjudna 4 660 kontroller	65–80	10 år	Inga data	Brustet AAA Intention to screen 14 i den screenade gruppen 9 i kontroll- gruppen Beräknad RR 1,54 (0,67; 3,57)	-	Medium/låg Få händelser, Underdimens- ionerad
Lindholt et al 2010 [54] Danmark	Män 6 333 inbjudna 6 306 kontroller	64-73	13 år	RR 1,22 (0,98; 1,52)	HR 0,34 (0,20; 0,57)	HR 0,98 (0,93; 1,03)	Medium/hög
Thompson et al [56] Storbritan- nien	Män 33 883 inbjudna 33 887 kontroller	65-74	13 år	RR 1,56 (1,39; 1,76)	HR 0,57 (0,49; 0,66)	HR 0,97 (0,95; 0,99)	Medium/ hög
Norman et al 2004 [92] Västra Au- stralien Delvis upp- daterad (död vid 11 år) i Lindholt & Norman 2008 [93]	Män 19 352 inbjudna 19 352 kontroller	64–83	3,6 år för AAA-död 11 år för död	RR 1,76 (1,31; 2,35)	OR 0,85 (0,53;1,36)	OR 0,85 (0,80; 0,90) 11 års uppfölj- ning	Medium/låg

AAA = bukaortaaneurysm
RR = relativ risk
OR = oddskvot
CI = konfidensintervall

Dessa studier visar en bestående minskad risk för död relaterad till bukaortaaneurysm av screenade män, jämfört med icke-screenade upp till 13–15 år efter en engångsscreening med ultraljud. I tidigare systematiska sammanställningar har screening av män äldre än 65 år beräknats minska risken för brustet bukaortaaneurysm och risken för död minskar med cirka 50 procent [94-96].

MASS-studien från Storbritannien är den största randomiserade studien inom området med lång uppföljning (13 år) och med hög kvalitet [56]. Totalt dog 224 män av orsaker relaterade till bukaortaaneurysm i den screenade gruppen, där även de som bjöds in till screening men valde att inte delta inkluderas i analysen (intention to screen). I den icke-inbjudna gruppen dog 381 män. Den absoluta risken att dö av ett bukaortaaneurysm minskade med 0,46 procent från 1,12 procent hos de icke-screenade till 0,66 procent hos de screenade. Minskningen av den relativa risken att dö av ett bukaortaaneurysm är därmed 42 procent. I faktiska tal [56] innebär det att 216 män behövde screenas (number needed to screen) för att rädda en man från en för tidig död av bukaortaaneurysm [56]. I MASS-studien gjordes det 600 planerade och 80 akuta operationer i screeninggruppen och motsvarande i kontrollgruppen var 277 respektive 166 operationer. I studien förebyggdes 157 dödsfall i förtid [56].

Grundat på MASS-studiens data kan det beräknas att 1,5 operationer behövde göras för att förebygga ett för tidigt dödsfall i bukaortaaneurysm $((600+80) - (277+166))/157=1,5$ (number needed to treat). Om man bara tar hänsyn till de planerade operationerna krävs 2,1 operation för att förebygga ett dödsfall i förtid $((600-277)/157=2,1)$.

I MASS-studien fann man också positiva effekter på den totala dödligheten i den screenade gruppen (där även icke-deltagande inbjudna inkluderas), med en 3 procent lägre risk att dö i andra sjukdomar (framför allt hjärt- och kärlsjukdom) jämfört med den icke inbjudna gruppen [56]. Detta har tolkats som en möjlig gynnsam effekt av att en förebyggande behandling för till exempel en hjärt- och kärlsjukdom, kan ges vid de läkarbesök som sker vid utredning och kontroller av screeningupptäckta bukaortaaneurysm.

Studien från Viborg i Danmark randomiserade nästan 13 000 män och längsta publicerade observationstid är 13 år. Den relativa risken att dö av bukaortaaneurysm var 0,34 (95% KI, 0,20 till 0,7) i den screenade gruppen [54]. I Viborg-studien behövde man undersöka 352 män för att undvika ett dödsfall i förtid kopplad till bukaortaaneurysm [54].

Studien från Chichester i England är förhållandevis liten [91]. Man randomiserade 6 400 män och följde dem i 15 år. Den relativa risken att dö av ett bukaortaaneurysm var 0,88 (95 %, KI 0,60 till 1,32) och den absoluta riskminskningen var från 1,8 till 1,6 procent [91]. I uppföljningen år 2007 [91] anges att 391 män hade uteslutits för randomisering men detta finns inte nämnt i den första publikationen av studien [97].

Studien från Western Australia valde ut 50 000 män till randomisering men nästan 9 000 uteslöts av geografiska skäl innan randomisering skedde [92]. Studien har också kritiserats för att det tog upp till 32 månader mellan randomisering och faktisk undersökning. Av de 31 män som avled i gruppen som randomiserats till screening dog 13 i brustet bukaortaaneurysm under tiden från randomisering till undersökning. Dessa 13 män var inte inklude-

rade i huvudanalysen i originalpublikationen [92]. Vidare var den övre åldersgränsen i studien 80 år, men på grund av problem med folkbokföringen randomiserades 725 män (6 procent) som var mellan 80 och 83 år gamla. Man anger också i publikationen att det finns risk för att en stor andel män i kontrollgruppen redan undersökts med ultraljud. Om man tar med de 13 män som dog av bukaortaaneurysm mellan randomisering och undersökning i analysen (intention to screen) får man en oddskvot på 0,85 (95 % KI, 0,53 till 1,36). Sammantaget är det troligt att det finns ett viss mått av bias i denna studie.

I de stora randomiserade studierna inkluderades män i olika åldrar (Tabell 1 och 2). Äldre män (75 år och äldre) förefaller inte ha samma nytta av screening som yngre [92]. Om man bjuder in män under 75 år är det större befolkningsgrupper som kan undersökas. Dessa har lägre förekomst av bukaortaaneurysm men samtidigt med högt deltagande och en längre förväntad överlevnad. De äldre grupperna är mindre och har högre prevalens, högre sjuklighet i allmänhet och lägre deltagande.

Det är mindre vanligt att ett bukaortaaneurysm brister före 65 års ålder. Av de som opererats i Sverige hade 84 procent brustit efter 65 års ålder, 55 procent efter 75 års ålder och 30 procent efter 80 års ålder [26]. I Sverige är medelåldern för personer som opereras planerat för bukaortaaneurysm 72 år medan den är 74 år för de som opereras för ett brustet sådant [26].

Mot denna bakgrund har ett screeningprogram riktat till 65-åriga män införts nationellt i Sverige. I programmet inbjuds 65-åriga män till screening med ultraljudsundersökning vid ett tillfälle. Liknande program finns i Storbritannien och inom Medicare i USA. I en modellstudie från Storbritannien förutsåg man en ökande effekt med en större andel planerade interventioner för bukaortaaneurysm, och en minskande andel akuta ingrepp under en 7–10 års period efter uppstarten av screeningprogrammet [57].

Kvinnor

Dödligheten vid planerad eller akut behandling är likvärdig eller högre för kvinnor jämfört med män [26,49,51,61,62,90].

En randomiserad befolkningsbaserad studie i Chichester för screening av kvinnor kunde inte påvisa någon minskning av dödfall relaterade till bukaortaaneurysm hos screenade kvinnor [89]. Drygt 9 000 kvinnor randomiserades och följdes i 10 år. I den screenade gruppen dog 14 kvinnor en bukaortaaneurysmrelaterad död medan 9 dog i kontrollgruppen.

Trots att denna studie är unik, både till storlek och syfte, är den kraftigt underdimensionerad för att kunna undersöka dödlighet i bukaortaaneurysm för kvinnor. En nyligen genomförd befolkningsbaserad svensk studie visade en mycket låg förekomst av bukaortaaneurysm hos 70-åriga kvinnor i allmänhet, 0,4 procent, men en relativt hög förekomst, 2,2 procent, hos rökande kvinnor [6].

Trots att kvinnor har högre risk för att deras bukaortaaneurysm ska brista än män, har litteraturen inom fältet inte kunnat styrka att befolkningsbaserad screening av kvinnor skulle minska dödligheten relaterad till bukaortaaneurysm [64,87,89,98]. Det saknas kliniska studier av effekten och genomförbarheten för riktad screening av kvinnliga högriskgrupper.

7. Testmetoden och fortsatt utredning ska accepteras av avsedd population

Screeningprogrammets testmetod och eventuella fortsatta utredning ska vara av en art som majoriteten av den avsedda populationen accepterar. Detta innebär dels en rimlig tidsåtgång, dels att testet och den eventuella vidare utredningens fysiska och psykiska påverkan är rimlig. Vanligen kan individernas acceptans av test och utredning bland annat bedömas utifrån deltagande och erfarenheter från de studier som ligger till grund för screeningprogrammet.

Ultraljudsundersökningen är ett screeningtest som samtidigt är diagnostiskt, och har använts i samtliga större screeningprogram internationellt och nationellt [1,3,66,67].

Majoriteten av de som bjuds in till screening för bukaortaaneurysm väljer att delta (75–85 % av de inbjudna männen) [5-8,99] men man har sett en något lägre deltagandefrekvens i de fall man screenat män vid 70 års ålder jämfört med tidigare [36,100].

I olika studier internationellt och nationellt är det framför allt socioekonomiska faktorer, låg inkomst, låg utbildningsnivå och om man är ensamstående, som har kopplats till lägre deltagande i screeningprogrammet för bukaortaaneurysm. Man har också funnit ett lägre deltagande i Sverige bland nyanlända invandrare [7,8,101-103]. Avståndet till undersökningsstället har i vissa studier kopplats till deltagandefrekvensen [7] medan man i andra studier inte funnit någon sådan effekt [104].

I ett försök att öka deltagandet i ett svenskt område med lägre deltagande, genomfördes en informationsinsats med hjälp av professionell marknadsföring, vilket resulterade i en ökning av deltagandet från 71 till 78 procent [105].

8. Åtgärder vid tillståndet ska vara klarlagda och accepteras av avsedd population

Det ska finnas allmänt accepterade riktlinjer för hur tillståndet ska åtgärdas när det upptäcks av screeningprogrammet. Åtgärderna måste accepteras av de allra flesta individer som har tillståndet, oavsett om den enskilda individen har symtom eller inte. Om en stor andel av individerna inte genomgår de rekommenderade åtgärderna förrän de får symtom, finns det få fördelar med att diagnostisera tillståndet i ett tidigt skede.

Två åtgärder kan komma ifråga vid upptäckt av ett bukaortaaneurysm; uppföljning eller operation. Patienter som har små bukaortaaneurysm (30–54 mm) opereras inte direkt utan erbjuds uppföljning med upprepade ultraljudsundersökningar för att följa eventuell tillväxt. Små bukaortaaneurysm har en mycket liten risk att brista och stora randomiserade studier har visat att kontinuerlig uppföljning av bukaortaaneurysm mindre än 55 mm är förenat med mycket liten risk för att de ska brista [21,24,106]. Uppföljning av små bukaortaaneurysm sker med regelbundna ultraljudsundersökningar. Det görs med 2–3 års intervall om vidden på aorta är mindre än 40 mm, årligen vid 40–50 mm, och var 3–6 månad vid en vidd på 50–55 mm [1,3,64]. Samtliga regioner i Sverige använder likartade uppföljningsprogram. Uppföljningen sker vid kärllkirurgisk enhet. Det finns personer som av olika skäl avstår från att delta i de strukturerade uppföljningsprogrammen. Hur stor andel av de som erbjuds uppföljning som väljer att avstå från en eller flera kontroller är inte publicerat, men erfarenheterna från screeningprogrammen i Sverige är att de är få [36] (Personlig kommunikation Hultgren Rebecka, Wanhainen Anders, 2015-06-29).

Hos patienter med större bukaortaaneurysm (55 mm eller större) övervägs operation. De blir också föremål för bedömning och åtgärd av eventuella underliggande sjukdomstillstånd innan ingreppet görs. Det finns data som pekar mot att rökstopp och förebyggande behandling efter genomgången hjärt- och kärlsjukdom förbättrar prognosen avsevärt, framför allt avseende den allmänna risken vid ett stort kirurgiskt ingrepp [72,107]. Rökstopp rekommenderas numera i enlighet med Socialstyrelsens allmänna riktlinjer [108].

Storleken på patientens bukaortaaneurysm ska ställas mot risken för bristning och en operation ska övervägas vid en vidd på 55 mm och däröver. Risken att avlida av ett brustet bukaortaaneurysm är då större än risken att dö i anslutning till en planerad operation. Denna storleksgräns baseras på resultat från flera större kontrollerade studier [16,21-25,42] och används nationellt och internationellt utgående från de internationella kärllkirurgiska föreningarnas rekommendationer [1,3,24].

Exakt hur många som erbjuds operation men som väljer att avstå är inte känt men erfarenheten är att det är få (Personlig kommunikation Hultgren Rebecka, Wanhainen Anders, 2015-06-29).

Kort- och långtidsprognosen efter kirurgi är mycket god, med till exempel en relativ 5-årsöverlevnad på mer än 95 procent [26,51,73,85].

9. Hälsovinster ska överväga de negativa effekterna av screeningprogrammet

Screening har både positiva och negativa effekter. Dessa effekter ska belysas så att balansen mellan nytta och skada kan bedömas för varje enskilt screeningprogram. Ur ett etiskt perspektiv är denna balans central – de positiva effekterna måste överväga de negativa för att ett screeningprogram ska kunna rekommenderas.

Flera stora randomiserade studier har visat att ultraljudsbaserad screening av äldre män (65–75 år) för bukaortaaneurysm halverar dödligheten i sjukdomen och är kostnadseffektivt [54,56,92,109,110]. I den modellanalys grundad på svenska förhållanden som gjorts i detta underlag uppskattas att man med screeningprogrammet förhindrar en för tidig död till följd av bukaortaaneurysm hos mellan 90–100 män (Avsnitt 11 och dokumentet Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män, Hälsoekonomisk analys). Man har också visat att det finns en möjlig minskning av allmän dödlighet i kardiovaskulär sjuklighet i den screenade kohorten, vilken troligen kan härledas till en förbättrad förebyggande behandling av hjärt- och kärlsjukdom, både för att förhindra sjukdom och återfall [56].

Dödligheten vid ingreppet eller inom 30 dagar efteråt för dem som inkommer till sjukhus och behandlas med operation för brustet bukaortaaneurysm är fortsatt hög, 37–67 procent i internationella serier [17,26,111]. I Sverige är motsvarande risk 27 procent medan risken vid ett planerat ingrepp är 1,6 procent och 0,9 procent om aneurysmet upptäcks i screeningprogrammet [26].

Antalet operationer ökar med cirka 50 procent i screeningprogrammet vilket betyder att flera personer exponeras för den risk som ett större ingrepp medför. Mellan 1,5 och 2 män behöver opereras för att förhindra ett förtidigt dödfall av bukaortaaneurysm. I den modellanalys som gjorts i detta underlag uppskattas att mellan 2 till 3 män avlider till följd av de extra operationer som screeningprogrammet medför.

Det finns ett flertal kvantitativa och kvalitativa studier som belyser de psykologiska konsekvenserna av screening och behandling av ett bukaortaaneurysm [112-124] (Tabell 3). Inte i någon av de kvantitativa studierna har det påvisats någon allvarlig psykologisk påverkan som är mätbar med generella instrument. Man har dock i flera studier funnit att patienterna upplever sig ha sämre fysisk hälsa än före screening (Tabell 3). I flera av de kvalitativa studierna har man påvisat en oro under uppföljning av bukaortaaneurysm som inte uppfyller operationskriterierna. Det finns också kvalitativa studier som visar på en känsla av säkerhet under uppföljning av bukaortaaneurysm som inte uppnår storlekskriteriet för att komma ifråga för operation (Tabell 3). Variationen i hur studierna har lagts upp är stor. Vanligen är uppföljningstiden begränsad till 1 år eller kortare. Resultaten varierar också (Tabell 3);

några studier kan inte påvisa några negativa effekter alls medan andra studier visar att personer som får besked om att de har ett bukaortaaneurysm vid screening har en ökad orosnivå. Flera rapporter visar att dessa effekter minimeras och försvinner hos patienterna efter behandlingen för deras bukaortaaneurysm. Några kvalitativa studier drar slutsatsen att ett individuellt anpassat bemötande är viktigt (Tabell 3). Få studier jämför livskvaliteten med situationen före screening vilket av metodologiska skäl är synnerligen svårt att studera. I en liten studie mätte man livskvaliteten före och 12 månader efter screening. Man fann en sänkt livskvalitet efter screening men att detta var kopplat till status före screening [112].

I tre studier av män med kliniskt upptäckta aneurysm fann man en bättre livskvalitet hos dem som opererats jämfört med de som varit under övervakning [125-127] (Tabell 3). Dessa aneurysm hade hittats slumpmässigt vid undersökning av annan anledning och patienterna var därmed inte förberedda på det. Denna situation är därför annorlunda än i ett screeningprogram där information om tillståndets art och konsekvenser av att det hittas ges innan undersökningen.

Inga studier av psykologiska effekter hos patienter som överlevt efter operation för ett brustet bukaortaaneurysm finns publicerade. Det finns heller inga studier på anhörigas reaktion, som till exempel oro för patienter under uppföljning, oro för sin egen del eller psykologiska effekter av att ha upplevt en anhörigs död av ett brustet bukaortaaneurysm.

Överdiagnostik

Begreppet överdiagnostik är inte entydigt, men avser ofta förhållandet att ett antal män där ett bukaortaaneurysm upptäcks får en diagnos som de möjligen inte har nytta av att känna till. Det vill säga att bukaortaaneurysmet under individens livstid inte utvecklas till att bli kliniskt relevant, men ändå kräver fortsatt ultraljudsövervakning. Detta har lyfts fram som en invändning mot screening [128,129].

Detta förhållande är inte nytt, utan är ett faktum alltsedan förebyggande kirurgi för kliniskt upptäckta bukaortaaneurysm, till exempel som bifynd till en utredning av ett annat tillstånd, började erbjudas till befolkningen för flera decennier sedan. I den kliniska situationen vet man heller inte vem som kommer att ha nytta av att opereras eller inte. Screening i sig ändrar inte detta förhållande, men ökar antalet identifierade individer med bukaortaaneurysm som möjligen kan dra nytta av en förebyggande operation, och därmed också antalet individer som behöver övervakas för små bukaortaaneurysm.

Förutom storleken på aneurysmet finns idag ingen säker faktor som visar vilken enskild person som har ett bukaortaaneurysm som kommer att brista. Många studier av riskfaktorer som kan vara mer individspecifika än aneurysmets storlek pågår, men ännu har man inte hittat något som är bättre än storleken. Därför erbjuds alla personer med ett bukaortaaneurysm som överstiger 30 mm en möjlighet att följas med kliniska kontroller och ultraljud. Inom ramen för den kunskap som finns om risken för kirurgi och risken för bristning erbjuds sedan patienter med låg allmän operationsrisk behandling när bukaortaaneurysmet är större än 54 mm (se Avsnitt 2).

Bristning är den enskilt vanligaste dödsorsaken bland individer som av något skäl inte åtgärdas i förebyggande syfte för ett operationskrävande bukaortaaneurysm [130]. Införandet av minimalinvasiva operationsmetoder, som kan erbjudas patienter som tidigare ansetts vara högriskpatienter för öppen kirurgisk behandling, har lett till en mycket låg dödlighet vid förebyggande kirurgi [51,62,73] och en god långtidsprognos efter framgångsrik behandling [51].

Med överdiagnostik kan man också mena att individer som får diagnosen riskerar att behandlas i onödan med åtföljande risker. Beräkningar utgående från MASS-studien [56] visar att omkring 1,5 operationer behöver göras för att förebygga ett dödsfall i bristning (se Avsnitt 6). Effektiviteten av förebyggande kirurgi för bukaortaaneurysm är därmed god, och graden av överdiagnostik är i denna mening liten. I den modellanalys grundad på svenska förhållanden som gjorts till detta underlag bedöms screeningen medföra att antalet operationer för bukaortaaneurysm ökar med 50 procent. Detta får till följd att ytterligare 2–3 män avlider i anslutning till ingrepp för bukaortaaneurysm varje år. I samma modellanalys beräknas screeningprogrammet förhindra en för tidig död hos 90–100 män.

10. Screeningprogrammet ska vara godtagbart ur ett etiskt perspektiv

Screeningprogrammet ska även vara godtagbart ur ett etiskt perspektiv, oavsett om det bedöms ha hälsovinster som överväger de negativa effekterna, vara accepterat av befolkningen och ha en rimlig kostnadseffektivitet. Detta kräver en mer omfattande etisk analys som kan inkludera bedömningar av

- hur eventuella negativa effekter, autonomi och integritet kan hanteras*
- om programmet kan ha någon mer långsiktig inverkan på människovärde och jämlikhet*
- om det finns berörda grupper vars värderingar och intressen gör att särskild hänsyn måste tas, även om programmet i stort är acceptabelt för befolkningen*
- om programmet kan ses som uttryck för en rättvis fördelning av hälso- och sjukvårdens resurser i relation till andra handlingsalternativ*
- om programmet förändrar ansvars- och rollfördelningen mellan hälso- och sjukvården och den enskilda individen och hur detta då hanteras*
- om programmet har en gynnsam inverkan på fortsatt forskning inom fältet*
- om det finns lagstiftning och andra riktlinjer som kan ge vägledning för etiska ställningstagande i relation till ovanstående punkter i den etiska analysen.*

Övergripande etiska aspekter på screening som metod finns analyserade i tidigare arbeten [131]. I det följande beskrivs specifika etiska aspekter kopplade till screening för bukaortaaneurysm.

Effekter på hälsa

Ett bukaortaaneurysm är ett tillstånd som om det brister är dödligt. När ett bukaortaaneurysm brister sker det plötsligt och utan förvarning. Förloppet är dramatiskt och förenat med stor smärta och ofta hastig död till följd av stor inre blödning. För de patienter som hinner till sjukhus är risken att avlida i samband med operation stor. Sammantaget är risken att dö av ett brustet bukaortaaneurysm mellan 80–90 procent. På grund av detta har man sökt metoder att ställa diagnosen i ett tidigt skede, innan bukaortaaneurysmet brister. Bukaortaaneurysm definieras som en vidgning av stora kroppspulsådern på 30 mm eller mer. Förbyggande operation görs om vidden överstiger 55 mm om det inte finns andra sjukdomar som omöjliggör ett ingrepp. Patienter med en vidgning på mellan 30 och 54 mm följs upp med upprepade ultraljudsundersökningar då aneurysmet vanligen växer med tiden. Idag har

strax under 2 procent av 65-åriga män i Sverige ett bukaortaaneurysm och ungefär en av tio av dessa behöver opereras direkt. Vid mindre bukaortaaneurysm följer man utvecklingen med regelbundna ultraljudsundersökningar

Screening med ultraljud (en gång) av 65–75 åriga män har i randomiserade studier minskat dödligheten till följd av bukaortaaneurysm med upp till hälften. Sådan screening är idag införd i hela Sverige.

Screening medför att man förutom att hitta personer med operationskrävande bukaortaaneurysm också hittar personer som ännu inte utvecklat ett sådant, men som har ett aneurysm som kräver uppföljning. Cirka hälften av alla som diagnostiserats med ett bukaortaaneurysm på 30 mm eller mer blir föremål för operation inom 5 år. I den modellanalys grundad på svenska förhållanden som gjorts i anslutning till detta underlag (se dokumentet Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män, Hälsoekonomisk analys) bedömer man att screening ökar antalet operationer för bukaortaaneurysm med drygt 50 procent. Det ökade antalet operationer får till följd att ytterligare 2–3 män avlider varje år i anslutning till ingreppet. I samma modellanalys beräknas screeningprogrammet förhindra en för tidig död hos 90–100 män. Kostnaden för varje vunnet kvalitetsjusterat levnadsår var låg i modellanalysen. Bara en till två män behöver opereras för att förhindra en död i förtid. Detta beror på den stora risken att dö av ett brustet bukaortaaneurysm när det har en vidd av 55 mm eller mer. Man får därför en mycket god effekt av att operera innan det brister. Om man kan diagnostisera och operera ett bukaortaaneurysm innan det spricker är risken att dö mycket liten, under 2 procent och sannolikt ännu lägre hos dem som upptäcks i screening [26,73].

En invändning mot screening för bukaortaaneurysm är att man skapar oro hos de män som är under övervakning, det vill säga inte kräver omedelbar operation och att denna oro underskattats [128,129]. Det anförs också att förekomsten av bukaortaaneurysm i befolkningen minskar och att man därför bör ifrågasätta om screening ska göras bland annat för att inte skapa onödig oro särskilt om screening inte är kostnadseffektiv [128,129].

Oro för att leva med ett bukaortaaneurysm under övervakning har rapporterats i flera kvalitativa studier (Tabell 3). I några kvantitativa studier med olika typer av instrument i en screeningsituation har man funnit en mätbar men övergående psykologisk påverkan, medan man hos män med kliniskt upptäckta aneurysm funnit en bättre livskvalitet hos de som opererats jämfört med de som varit under övervakning (Tabell 3). Oro för att framkalla negativa psykologiska effekter med screening i allmänhet har framförts i flera sammanhang men i en systematisk litteraturoversikt av detta kunde man inte finna några säkra tecken på detta [121]. Litteraturen inom detta område är dock sparsam och fler studier behövs, framför allt med långtidseffekterna av uppföljningsprogrammen. Man har i dessa studier också sett att de flesta personers orosnivåer normaliseras efter ingreppet.

I gruppen som har en vidd av bukaorta på 25–29 mm vid 65 års ålder har man sett en ökad risk för att i en framtid råka ut för ett brustet bukaortaaneurysm. Det är alltså möjligt att man idag friskförklarar män som på sikt har en ökad risk att utveckla sjukdomen och därmed få ett brustet aneurysm. Denna risk är lägre än för dem med bukaortor vars vidd överstiger 29 mm. En sänkning av den diagnostiska gränsen till 25 mm skulle innebära att fler män

skulle övervakas med regelbundna undersökningar (ca 3 procent vid en gräns på 25 mm jämfört med ca 1,5 procent vid 30 mm) och med en risk för oro på grund av detta. Det finns dock inga studier som visar att uppföljning av denna grupp minska risken att döda i förtid. Idag saknas kunskap om de långsiktiga effekterna av att följa dem med en vidd på 25–29 mm och om det hälsoekonomiskt är försvarbart.

Rökning är en avgörande riskfaktor och förekomsten av bukaortaaneurysm hos rökare, män och kvinnor, är betydligt högre än hos icke rökare. Detta medför att man idag sannolikt undersöker stora grupper icke-rökare som har mindre nytta av det. Den högre förekomsten av bukaortaaneurysm i högriskgrupperna kan balanseras av en högre dödlighet både allmän och vid operation. Vidare är det oklart hur man på ett effektivt sätt ska kalla rökare till screening men sådana studier pågår i Sverige. Förekomsten av bukaortaaneurysm är också kraftigt ökad hos blodsanförförare. Vanligen ges denna information till den primära patienten och många anförförare undersöks. Effekten av detta är okänd och det kan också skapa oro.

Vid en ultraljudsundersökning av bukaorta finns en möjlighet att man hittar förändringar som inte har med ett bukaortaaneurysm att göra. Förekomsten av sådana bifynd är beroende av hur undersökningsinstruktionen är utformad. Bifynd ska utredas på sedvanligt sätt av hälso- och sjukvården och ett screeningprogram ska innehålla en mekanism för hur bifynd ska omhändertas.

Anhöriga påverkas på flera sätt. Dels kan det uppstå en oro för den anförförare som får en diagnos och som inte opereras utan bara följs upp, Blodsanförförare kan också oroas av vetskapen om att deras risk att få ett bukaortaaneurysm är förhöjd. Slutligen kan anhöriga uppleva det dramatiska förloppet när ett aneurysm brister som påfrestande och det kan bidra ytterligare till den belastning som uppstår när en anhörig avlider plötsligt och oförutsett. Inga studier belyser anhörigas situation, trots att problematiken är välkänd vid de kliniker som tar hand om denna grupp med anhöriga.

Sammantaget är påverkan på hälsan stor om man kan undvika död av ett brutet bukaortaaneurysm. Screening medför ett ökat antal operationer men risken att avlida i samband med dessa är liten och totalt minskar risken att avlida av bukaortaaneurysm med upp till hälften. Att leva med kännedom om att man har ett bukaortaaneurysm som följs regelbundet kan medföra en oro och det är viktigt att sådan följs upp med en individanpassad information till den som är under övervakning. I hur stor grad detta påverkar patienterna är inte helt klarlagt och bör studeras.

Förenlighet med etiska värden

Det finns flera aspekter på jämlikhet och rättvisa vid screening för bukaortaaneurysm. Kvinnor screenas inte idag. Det finns idag ingen evidens för att man påverkar dödligheten i bukaortaaneurysm hos kvinnor med screening. Detta och det faktum att förekomsten hos kvinnor är låg gör att man hittills bedömt att det inte finns tillräckligt underlag för befolkningsbaserad screening av kvinnor. Det är angeläget att fler studier görs för att klarlägga effekten av screening för bukaortaaneurysm hos kvinnor.

Liksom för andra screeningprogram är deltagandet lägre hos grupper med låg utbildning och låga inkomster [7,8]. Man har visat att man i områden med

lågt deltagande kan öka detta genom professionella marknadsföringsinsatser [105]. Metoder för att öka deltagande i screening måste studeras ytterligare och insatser för att öka deltagande bland grupper med låg socioekonomisk status måste göras.

Det finns olikheter mellan landsting rörande individens kostnad för att delta i screening.

Avståndet till kirurg helt avgörande för möjligheten att överleva vid ett brustet bukaortaaneurysm. Detta är dock inte ett problem vid planerade ingrepp av screeningupptäckta bukaortaaneurysm.

Inför screening måste kallelse och grundläggande information utformas så att "erbjudandet" blir likvärdigt till alla. Det är sedan individens rätt att bestämma om man ska delta eller inte.

Även om förekomsten av bukaortaaneurysm är förhållandevis låg så kan screening genomföras till en låg kostnad för varje livskvalitetsjusterat levnadsår som sparas (se dokumentet Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män, Hälsoekonomisk analys).

Individens autonomi och integritet är svår att upprätthålla i samband med omhändertagandet av ett brustet bukaortaaneurysm. I den mån patienten kommer levande till sjukhus blir det frågan om direkt livräddande åtgärder där man inte alltid kan och hinner informera, etc. Inför en planerad operation (av screeningupptäckta aneurysm) kan dock patienten delta i beslutsprocessen fullt ut.

Sammanfattningsvis finns vissa brister i olika jämlikhets- och rättvisespekter när det gäller screening för bukaortaaneurysm som liknar de som finns för andra screeningprogram. Metoder att påverka deltagandet måste studeras både i allmänhet och för screening för bukaortaaneurysm. Initiativ för att utjämna till exempel skillnader beroende på socioekonomiska förhållanden måste tas.

Strukturella faktorer med etiska implikationer

Screening av 65-åriga män pågår i hela landet och resurser är redan tilldelade programmet, men kan se olika ut i olika delar av landet. Uppföljning av kvaliteten i screeningprogrammet måste säkerställas och även sammanställas på nationell nivå. Screeningprogrammet kommer att minska andelen akuta ingrepp vid brustet bukaortaaneurysm (inklusive resurskrävande intensivvård) men samtidigt öka andelen planerade ingrepp, totalt sett ökar resursåtgången något.

Långsiktiga konsekvenser

Screening medför att dödligheten i bukaortaaneurysm minskar både på kort och lång sikt. De som visar sig ha ett bukaortaaneurysm är oftast hjärt- och kärlsjuka på annat sätt vilket, om det inte redan är känt, kommer att utredas och behandlas. På så sätt kan man sannolikt också uppnå en förbyggande effekt för död i andra hjärt- och kärlsjukdomar. Det kommer att ske en omfördelning av operationer från akuta till planerade vilket sparar och frigör resurser.

Sammanfattning av de etiska frågorna

Screening för bukaortaaneurysm ger stor nytta för den individ som visar sig ha ett bukaortaaneurysm som behöver åtgärdas direkt eller senare. Dödligheten för gruppen minskar till hälften och risken att avlida vid operation av ett screeningupptäckt bukaortaaneurysm är mycket mindre än vid operation av ett brutet aneurysm.

De som går i uppföljning för ett mindre bukaortaaneurysm kan uppleva ökad oro. Detta måste studeras vidare och de enskilda patienterna bör få ett individanpassat stöd. Informationen till dessa måste utformas så att de eventuella negativa effekterna minimeras.

Det finns brister i jämlikhet och rättvisa rörande de som kommer till undersökning. I huvudsak är detta kopplat till socioekonomiska faktorer. Detta är gemensamt med andra screeningprogram. Skillnaden i deltagande som är kopplad till socioekonomiska förhållanden måste bearbetas.

Screening av kvinnor har ännu inte visats vara effektivt. Nyttan av selektiv screening för bukaortaaneurysm hos kvinnor med högre risk (ex rökare) är oklar och måste studeras. Studier av detta pågår.

Screening för bukaortaaneurysm hos män har av andra författare bedömts etiskt försvarbart under förutsättning att männen fått korrekt information [132].

Hälsoekonomiskt har screening för män vid 65 års ålder med dagens förhållanden av kostnader och förekomst, en låg kostnad för varje vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (se dokumentet Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män, Hälsoekonomisk analys).

11. Screeningprogrammets kostnadseffektivitet ska ha värderats och bedömts vara rimlig

En analys av ett screeningprograms kostnadseffektivitet ska innehålla information om kostnader och hälsoeffekter. Man beräknar kostnadseffektivitet för ett program genom att jämföra screening med ett annat relevant alternativ (till exempel ingen screening, andra intervall eller andra åldersgrupper).

Effekterna av screeningen kan ta sig uttryck genom påverkan på till exempel vunna levnadsår eller kvalitetsjusterade levnadsår (QALY). Utifrån en beräknad kostnad per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår går det att bedöma om kostnaden är rimlig. En bedömning av kostnadseffektivitet baseras vanligen på resultat från vetenskapliga studier samt på antaganden. Att bedömningen till stor del bygger på antaganden innebär en osäkerhet i utfallet.

För män, 65 år och däröver, finns det idag evidens för att screening för bukaortaaneurysm är effektiv i termer av att dödligheten minskar signifikant. Då det inte finns sådan evidens för kvinnor har den hälsoekonomiska analysen endast gjorts för den screening som pågår idag, det vill säga hos 65-åriga män.

Till denna rapport har en hälsoekonomisk bedömning gjorts. Den grundar sig på en systematisk litteraturgenomgång och en särskilt framtagen modellanalys baserad på svenska förhållanden. Resultatet visar att screening för bukaortaaneurysm med ultraljud som omfattar alla 65-åriga män kan göras till en låg kostnad för den effekt som uppnås. Detta innebär en kostnad på mindre än 100 000 kronor per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY).

I den hälsoekonomiska modellanalysen beräknades att dagens svenska nationellt täckande screeningprogram förhindrar mellan 90 och 100 för tidiga dödsfall till följd av bukaortaaneurysm per år. Av 65-åriga män behöver 503 screenas för att förebygga ett dödsfall i bukaortaaneurysm. Kostnaden uppgick till cirka 70 000 kronor per QALY, i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I ett samhällsekonomiskt perspektiv blev kostnaden 90 000 kronor per QALY. Det samhällsrelaterade perspektivet inkluderar patienternas tidsåtgång och kostnader för att genomgå screeningundersökningen.

Den årliga totalkostnaden för bukaortaaneurysm med screening i en grupp på 10 000 inbjudna 65-åriga män beräknades i modellen till 21 643 000 kronor. Kostnaden för att ta hand om samma grupp utan screening beräknades till 14 080 000 kronor per 10 000 inbjudna. Den ökade årliga kostnaden för screening av tiotusen 65-åriga män skattades därmed till 7 563 000 kronor.

Antalet 65-åriga män i Sverige var år 2014 cirka 58 000. Den årliga totalkostnaden i en screeningsituation för bukaortaaneurysm är därmed cirka 125,5 miljoner kronor. Kostnaden för bukaortaaneurysm utan screening be-

räknades till 81,6 miljoner kronor. Den totala kostnaden för att screena 65-åriga män i Sverige är därmed cirka 44 miljoner kronor.

Ett fullständigt hälsoekonomiskt underlag finns i dokumentet Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män, Hälsoekonomisk analys.

Ordförklaringar

Absolut risk: Sätt att ange en resultatskillnad mellan två grupper i en undersökning. Absolut riskreduktion, ARR, innebär skillnaden mellan det högre och det lägre risktalet, Exempel: antalet händelser per 100 personer är 8 respektive 13, risktalen alltså 0,08 respektive 0,13. Riskdifferensen, den absoluta riskreduktionen, är 0,05 eller 5 procent.

Befolkningsbaserad (populationsbaserad) screening: Screening (se nedan) som grundar sig på att alla i befolkningen eller en definierad del av den bjuds in till undersökning.

Prospektiv: Framåtblickande, studie som går framåt i tiden, det vill säga man börjar samla in data om varje deltagare vid den tidpunkt han eller hon tas in i undersökningen

Randomisering: Slumpmässig fördelning av deltagarna mellan grupperna i en undersökning. Randomiseringen är förutsättningen för att man med statistiska metoder ska kunna bedöma sannolikheten för att undersökningens resultat uppkommit genom slumpens verkan. Randomiseringen har dessutom förutsättningar att fördela okända störfaktorer (confounders) lika mellan grupperna samt göra grupperna önskvärt jämförbara i sin sammansättning; slumpen kan dock åstadkomma vissa skillnader.

Relativ risk: Risk ratio, RR, jämförelsetal som utgör kvoten mellan risktalen hos två undersökta grupper. Exempel: i en behandlingsstudie har risken att få hjärtinfarkt under uppföljningstiden visat sig vara 8/100 i grupp A och 5/100 i grupp B. Riskkvoten blir 1,60. (Riskkvoten är inte identisk med oddskvot, men de båda kvoterna skiljer sig inte mycket om riskerna är låga. I detta exempel är oddstalen 8/92 respektive 5/95; oddskvoten blir 1,65.)

Relativ överlevnad: Överlevnad hos en grupp med ett visst tillstånd jämfört med en likadan grupp (ålder, kön, etc) som inte har tillståndet. Ger en uppfattning om den dödlighet som tillståndet ger och kan om grupperna är tillräckligt stora och jämförelsegruppen korrekt vald vara det samma som sjukdomsspecifik överlevnad.

Screening: Systematisk undersökning av hela eller en definierad del av befolkningen med avsikt att sälla fram dem som har en viss sjukdom eller tillstånd.

Sensitivitet: Känslighet Egenskap hos diagnosmetod: andelen av sjuka som metoden identifierar korrekt genom att utfalla positivt, det vill säga ge onormalt resultat ($a/a+c$ (se tabell nedan))

Specificitet: Träffsäkerhet Egenskap hos diagnosmetod: andelen av friska som metoden identifierar korrekt (genom att utfalla negativt, det vill säga ge normalt resultat) ($d/b+d$ (se tabell nedan))

	Positiv (sjukdom förekommer)	Negativ (sjukdom förekommer inte)	Summa
Testresultat positivt	sant positiv (a)	falskt positiv (b)	alla positiva testresultat (a + b)
Testresultat negativt	falskt negativ (c)	sant negativ (d)	alla negativa testresultat (c + d)
Summa	a + c	b + d	a + b + c + d

95 % KI: 95 procents konfidensintervall, talintervall som med 95 procents sannolikhet innefattar det sanna värdet av till exempel ett medeltal eller en oddskvot. Konfidensintervallet innehåller alla tänkbara värden som inte kan förkastas på grundval av föreliggande data. Vanligen anges övre och nedre gränsen för ett konfidensintervall som har 95 procents sannolikhet.

Tabell 2. Screening for abdominal aortic aneurysm Randomised trials – main results (intention to screen).

Author Year Reference Country	n	Age – span	Randomizat- ion	Def AAA Prevalence	Indication for surgery	Follow- up	AAA-related surgery (95% CI) Calculated from data in publications	AAA death (95% CI)	Over all death (95% CI)	Study period	Study quality
Scott et al 1995 ^a [133] United King- dom	Men in Chich- ester 3 205 invited 2 342 screened (73%), 3 228 controls 1988–1990 Fu until death or 1994	65–80	Cluster, GP- practices	30 mm or more 7.6%	60 mm or more or Growth >10 mm/ year or Symptoms	See Ashton 2007		See Ashton 2007	See Ashton 2007	1988– 91	Medium/high
Scott et al 1995 [133] United King- dom	Women in Chichester 4 682 invited 3 052 screened (65%), 4 660 controls 1988–1990 Fu until death or 1994	65–80	Cluster GP- practices	30 mm or more 1.3%	60 mm or more or Growth >10 mm/ year or Symptoms	See Scott 2002		See Scott 2002	See Scott 2002	1988– 91	Medium/high
Ashton et al 2007 [91] United King- dom	Men in Chich- ester, 2 995 invited 2 216 screened (74%) 3 045 controls	See Scott 1995	See Scott 1995	30 mm or more 7.7%	See Scott 1995	15 years	RR 1.45 (0.97; 2.16)	HR 0.88 (0.60; 1.32) 1.8 to 1.6%	HR 1.01 (0.95; 1.07)	1988– 91	Medium Difference in n compared with Scott 1995 see comment be- low ^a
Scott et al 2002 [89] United King- dom	Women in Chichester 4 682 invited 3 052 screened (65%),			30 mm or more 1.3%	See Scott 1995	10 years	Data not given	Ruptured AAA (table 2) Intention to screen 14 in screened	-	1988– 91	Medium/low Few events, underpowered

	4 660 controls 1988–1990 Fu until death or 1994							9 in controls Calculated RR 1.54 (0.67; 3.57)			
Lindholt et al 2010 [54] Denmark	Men in Viborg 6 333 invited 4 852 screened (77%) 6 306 controls	64–73	Individual	30 mm or more 4.0%	>50 mm referred to vascular surgeon	13 years	RR 1.22 (0.98; 1.52)	HR 0.34 (0.20; 0.57)	HR 0.98 (0.93; 1.03)	1995– 1998	Medium/high
Thompson et al [56] 2012 United King- dom	Men 33 883 invited 27 204 screened 33 887 controls	65–74	Individual	>30 mm Not given	55 mm or more or Growth >10 mm / year or Symptoms referred to vascular surgeon	13 years	RR 1.56 (1.39; 1.76)	HR 0.57 (0.49; 0.66)	HR 0.97 (0.95; 0.99)	1997– 1999	Medium/high
Norman et al 2004 [92] Western Aus- tralia ^b Updated fol- low-up all- cause mortality (11 years) in Lindholt & Norman 2008 ^d [93]	Men 19 352 invited 12 213 screened 19 352 controls	65–83	Individual	30 mm or more 7.2%	? Not given.	3.6 years for AAA death 11 years for all- cause mortality ^d	RR 1.76 (1.31; 2.35)	OR 0.85 (0.53;1.36) ^c	OR 0.85 (0.80; 0.90) 11 years	Not given	Medium/low ^b

AAA = abdominal aortic aneurysm, RR = relative risk, OR = odds ratio, CI = confidence interval

- a. Chichester study (Scott 1995 and Ashton 2007):
- Different number of men in the two publications.
 - 391 men said to be excluded before randomization in Ashton 2007 but this is not mentioned in Scott 1995
- b. Western Australia Norman 2004:
- 50 000 selected, 8 801 excluded due to geographical reasons.
 - Up to 32 months from randomization to actual screen – 31 deaths from AAA from randomization in intervention arm and from scheduled screening 18 deaths, i.e. 13 men died of AAA in intervention arm between randomization and actual screen. These 13 were men not included in the main analysis nor in the meta-analysis of Lindholt & Norman 2008.
 - Upper target age 80 years but 725 men (5.9%) between 80–83 also included “because of method of recording age in electoral roll” and long time elapsed from randomization to actual screen.
 - Possibly substantial contamination in the control arm.
- c. Intention to screen
- d. Screening received

Tabell 3. Psychological harms of screening for AAA.

Author Year Reference Country	Study type	Setting	Number of participants	Evaluation instrument	Outcome	Effect
Berterö et al. [123] 2010 Sweden	Qualitative	Screening	10 men >30mm 12 months follow-up	interpretative phenomenolo- gical method	Three themes were identified: (i) feeling secure being under superintendence; (ii) living as usual, but repressing thoughts; (iii) feeling disillusionment due to negative outcome. Being given the message that an enlarged aorta was discovered at the screening was manageable; hence, continuing growth of the aorta led to some unpleasant feelings. The men were living as usual; however, they all had some reflections about having an AAA and that something could happen when they least expected it. They reported thoughts about the consequences of the enlarged aorta itself and the surgery. In a one-year retrospective interview, men who have had an aneurysm detected in a screening program for AAA reported feeling secure being under superintendence. The one finding in our study concerning worries and effects on life situation could be interpreted as disillusionment due to negative outcomes. Decisions to introduce screening for AAA in Sweden and other countries with ongoing programs should be considered to include guidelines for how to handle disillusionment.	Feeling secure being under superintendence Feeling disillusionment due to negative outcome Different individual reactions-individualized information to surveillance patients
Berterö et al [134] 2009 Sweden Earlier follow up of the above study Berterö et al. [123] 2010	Qualitative	Screening	11 men >30mm 2-4 weeks fol- low-up	interpretative phenomenolo- gical method	At least in a short-term perspective, men who have had an aneurysm detected in a screening program for abdominal aortic aneurysm mainly appear to appreciate having their aneurysm detected and are confident and thankful to be under superintendence. Although not unaffected by the information of their disease, they mostly seem carrying on with their lives as usual. The information of the hereditary aspects of the disease gives cause to some fatalistic responses but the men do not seem uncomfortable with the mission to inform their male first-degree relatives of these aspects. There are no findings in our study concerning worries and effects on the life-situation for the men and their families, which gives reason to reconsider decisions to introduce screening for AAA in Sweden and other countries with ongoing programs.	Feeling secure being under superintendence
Brännström et al 2009 [122] Sweden	Qualitative	Screening	6 men hav- ing reported decreased quality of life	thematic con- tent analysis	The result shows that the patients have feelings of security about offered professional care, despite awareness of having an AAA. These feelings include having a relationship of trust with the surgeon; having trust in screening, follow-up checks and the possi-	Negative effect secondary were found to relate to other reason

			after 12 months after AAA screening were follow-up after 5 years. 3 were re-interviewed		ble treatment for their AAAs; and having awareness of the severity of the disease.	than screening
Hansson et al. 2012 [120] Sweden	Qualitative	Screening	15 men followed for AAA.	analysed for categories and themes using content analysis	The study found that the men were ambivalent about the knowledge that they had an AAA and about the follow-up monitoring. They appreciated having the knowledge but it was accompanied by worry, feelings of anxiety and existential thoughts about the fragility and finiteness of life.	Ambivalent feelings of anxiety
Pettersson et al. 2013 [114] Sweden	Qualitative	Screening	10 men with AAA	Naive reading and understanding, structural analysis, comprehensive understanding	Living with a diagnosis of AAA implies awareness of having an invisible life-threatening disease and a sense of being subject to suffering	Awareness of having an invisible life-threatening disease
Khaira et al. 1998 [119] United Kingdom	Quantitative	Screening	67 with AAA 56 without AAA 24 on waiting list not found in screening	HADS	There was no significant difference in the distribution of patients for anxiety and depression according to the HADS questionnaire. The results from this study suggest that AAA screening does not increase anxiety or depression in the screened subjects	No negative effect
Lesjak 2012 [118] Australia	Quantitative	Screening	516 men in screening program 53 found with AAA and followed 130 controls with normal scan	SF-36 HADS	No difference between cases and controls at base-line. At 6 months the general health had improved in both groups, however, only significantly in the normal group. Those with AAA had a slightly worse physical health status.	No difference in psychological parameters
Lindholt et al. 2000 [117] Denmark	Quantitative	Screening	127 men with small AAA after screening 231 controls randomised to no screening	ScreenQL. Own instrument validated in 2 500 Danes, Data on validation are given but not previously published	Initially, the QL score was 5% lower among men with a small AAA compared to the controls ($p<0.05$), mainly because of poorer health perception. The QL score declined significantly further to 7% below control values during the period of conservative treatment. This impairment was mainly due to a 21% and 15% reduction in scores relating to health perception and psychosomatic distress, respectively. However, all scores improved to control levels in patients operated on.	Decrease in QOL that was reversed in those treated
Lucarotti et al.	Quantitative	Screening	161 men	General Health	No difference between those with and without AAA before and	No difference

1997 [116] United Kingdom			whereof 61 had AAA	Questionnaire Psychological distress	1 month after screening.	
Marteau et al. 2004 [115] United Kingdom	Quantitative	Screening	23 654 men I MASS- studien. 571 with AAA and 601 with normal aor- ta.	SF-36	Men in whom an aneurysm was detected at screening perceived their health to be poorer before screening than those with a normal aorta. Adjusting for risk factors for AAA made no difference to this result: self-assessed health remained a strong predictor of having an aneurysm (odds ratio 1.7 comparing the extreme quartiles of self-assessed health, 95% confidence intervals: 1.4 to 2.0). Men with an aneurysm also perceived their health to be poorer after screening had detected their aneurysms, but only to an extent in line with their pre-screening perceptions. Self-assessed health seems to predict having an aortic aneurysm, independently of known risk factors.	Pre-screening status correlated to screening out- come even when corrected for all other known risk fac- tors.
Spencer et al. 2004 [113] Australia	Quantitative	Screening	157 men with AAA 341 men with normal aorta	SF-36 EQ-5D HADS	Men with an AAA were more limited in performing physical activities than those with a normal aorta (<i>T</i> -test of means <i>P</i> = 0.04). After screening, men with an AAA were significantly less likely to have current pain or discomfort than those with a normal aorta (multivariate odds ratio: 0.5; 95% confidence interval (CI): 0.3–0.9) and reported fewer visits to their doctor. The mean level of self-perceived general health increased for all men from before to after screening (from 63.4 to 65.4). Apart from physical functioning, screening was not associated with decreases in health and well-being. A high proportion of men rated their health over the year after screening as being either the same or improved, regardless of whether or not they were found to have an AAA.	Decrease in physical function No difference in health or well- being
Wanhainen et al. 2004 [112] Sweden	Quantitative	Screening	Men and women 24 with screening detected AAA 45 controls sex and age matched	SF-36 before and 12 months after screening	Screening resulted in impairment of QOL among those with AAA and who suffered a low QOL prior to screening.	QOL impairment correlated to status before screening
Ashton et al. 2002 [124] United Kingdom	RCT	Screening	67 800 men randomized to screening or not	HADS SF-36 EQ-5D Spielberger strait trait anxiety scale short form	No difference in QOL at 6 or 12 months. Screened rated their health more highly on the EQ-5D.	No difference
DeFrank et al. [121]	Systematic review of	Screening for prostate can-			Systematic review of how 5 different screenings affect QOL	

2014	literature 2002-2012,	cer, lung cancer, osteoporosis, carotid artery stenosis and AAA			Few studies on AAA, no consistent findings.	
Sandström et al. 1996 [125] Sweden	Quantitative	Clinical	33 men and 9 women with AAA 20 operated 22 followed 60 age matched persons as controls	Sickness Impact Profile Health Index Psychological well-being scale	Patients (both groups) worse than controls No differences between the patient groups except that the non-operated were less hopeful about the future.	QOL worse for AAA patients compared with controls. No difference between operated AAA patients and those under surveillance Clinical setting not related to screening situation
Hintersehr et al 2013 [126] Germany	Quantitative	Clinical	249 managed for AAA 78 under surveillance	WHOQOL-BREF SF-36	Patients undergoing AAA surveillance had lower QOL (WHOQOL-BREF) than those operated and also in the long-term (SF-36) with respect to role-physical and role-emotional domains. Those operated had values similar to general Germans.	Lower QOL in patients on surveillance Clinical setting not related to screening situation
De Rango et al 2011 [127] Italy	Quantitative, RCT	Clinical	360 patients (345 male, 15 female) with AAA 41-54 mm, 182 EVAR and 178 surveillance	SF-36 before randomization, at every 6 months of follow-up.	No difference in QOL at base line At 6 months the EVAR group had better total score and better scores for physical and mental health.	

AAA = abdominal aortic aneurysm
 SF-36 = Short Form 36
 EQ-5D = EuroQol-5D
 HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale
 QOL = Quality of life

Kunskapsluckor

- Långsiktiga effekter av uppföljning av män med bukaortaaneurysm som är mindre än 55 mm
- Finns skäl att screena vid ytterligare ett tillfälle?
- Hälsoekonomi för återkommande screening
- Effekten av screening av kvinnor
- Hälsoekonomi för screening av kvinnor
- Värdet och genomförbarhet av screening av riskgrupper, till exempel av rökande kvinnor
- Psykosociala effekter på anhöriga till personer med bukaortaaneurysm

Referenser

1. Chaikof EL, Brewster DC, Dalman RL, Makaroun MS, Illig KA, Sicard GA, et al. SVS practice guidelines for the care of patients with an abdominal aortic aneurysm: executive summary. *J Vasc Surg* 2009;50:880-96.
2. Johnston KW, Rutherford RB, Tilson MD, Shah DM, Hollier L, Stanley JC. Suggested standards for reporting on arterial aneurysms. Subcommittee on Reporting Standards for Arterial Aneurysms, Ad Hoc Committee on Reporting Standards, Society for Vascular Surgery and North American Chapter, International Society for Cardiovascular Surgery. *J Vasc Surg* 1991;13:452-8.
3. Moll FL, Powell JT, Fraedrich G, Verzini F, Haulon S, Waltham M, et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41 Suppl 1:S1-S58.
4. Bengtsson H, Bergqvist D, Sternby NH. Increasing prevalence of abdominal aortic aneurysms. A necropsy study. *Eur J Surg* 1992;158:19-23.
5. Svensjo S, Bjorck M, Gurtelschmid M, Djavani Gidlund K, Hellberg A, Wanhainen A. Low prevalence of abdominal aortic aneurysm among 65-year-old Swedish men indicates a change in the epidemiology of the disease. *Circulation* 2011;124:1118-23.
6. Svensjo S, Bjorck M, Wanhainen A. Current prevalence of abdominal aortic aneurysm in 70-year-old women. *Br J Surg* 2013;100:367-72.
7. Linne A, Leander K, Lindstrom D, Tornberg S, Hultgren R. Reasons for non-participation in population-based abdominal aortic aneurysm screening. *Br J Surg* 2014;101:481-7.
8. Zarrouk M, Holst J, Malina M, Lindblad B, Wann-Hansson C, Rosvall M, et al. The importance of socioeconomic factors for compliance and outcome at screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men. *J Vasc Surg* 2013;58:50-5.
9. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Littooy FN, Bandyk D, et al. Prevalence and associations of abdominal aortic aneurysm detected through screening. Aneurysm Detection and Management (ADAM) Veterans Affairs Cooperative Study Group. *Ann Intern Med* 1997;126:441-9.
10. Centralbyrå S. In: Centralbyrå S, editor., http://www.scb.se/sv/_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningsframskrivningar/Befolkningsframskrivningar/14498/14505/Aktuell-befolkningsprognos/Sveriges-framtida-befolkning-20132060/354058/; 2014.
11. Kuivaniemi H, Ryer EJ, Elmore JR, Hinterseher I, Smelser DT, Tromp G. Update on abdominal aortic aneurysm research: from clinical to genetic studies. *Scientifica (Cairo)* 2014;2014:564734.
12. Larsson E, Granath F, Swedenborg J, Hultgren R. A population-based case-control study of the familial risk of abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2009;49:47-50; discussion 51.
13. Kent KC, Zwolak RM, Egorova NN, Riles TS, Manganaro A, Moskowitz AJ, et al. Analysis of risk factors for abdominal aortic

- aneurysm in a cohort of more than 3 million individuals. *J Vasc Surg* 2010;52:539-48.
14. Mani K, Alund M, Bjorck M, Lundkvist J, Wanhainen A. Screening for abdominal aortic aneurysm among patients referred to the vascular laboratory is cost-effective. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;39:208-16.
 15. Ravn H, Wanhainen A, Bjorck M. Risk of new aneurysms after surgery for popliteal artery aneurysm. *Br J Surg* 2008;95:571-5.
 16. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Chute EP, Hye RJ, Makaroun MS, et al. The aneurysm detection and management study screening program: validation cohort and final results. Aneurysm Detection and Management Veterans Affairs Cooperative Study Investigators. *Arch Intern Med* 2000;160:1425-30.
 17. Ozdemir BA, Karthikesalingam A, Sinha S, Poloniecki JD, Vidal-Diez A, Hinchliffe RJ, et al. Association of hospital structures with mortality from ruptured abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 2015;102:516-24.
 18. Hultgren R, M. G, Zommodi S, Roy J. One-fourth of patients with a ruptured aaa admitted to hospital do not receive treatment. *Journal of Vascular Surgery* 2015;61:86S-87S.
 19. Socialstyrelsen. Dödsorsaker 2013 – Causes of Death 2013 Stockholm: Socialstyrelsen; 2013. Artikelnummer: 2014-8-5. ISBN 978-91-7555-202-6.
 20. Brown LC, Powell JT. Risk factors for aneurysm rupture in patients kept under ultrasound surveillance. UK Small Aneurysm Trial Participants. *Ann Surg* 1999;230:289-96; discussion 296-7.
 21. Powell JT, Brown LC, Forbes JF, Fowkes FG, Greenhalgh RM, Ruckley CV, et al. Final 12-year follow-up of surgery versus surveillance in the UK Small Aneurysm Trial. *Br J Surg* 2007;94:702-8.
 22. Parkinson F, Ferguson S, Lewis P, Williams IM, Twine CP, South East Wales Vascular N. Rupture rates of untreated large abdominal aortic aneurysms in patients unfit for elective repair. *J Vasc Surg* 2015;61:1606-12.
 23. Ouriel K, Clair DG, Kent KC, Zarins CK. Positive Impact of Endovascular Options for treating Aneurysms Early I. Endovascular repair compared with surveillance for patients with small abdominal aortic aneurysms. *J Vasc Surg* 2010;51:1081-7.
 24. Filardo G, Powell JT, Martinez MA, Ballard DJ. Surgery for small asymptomatic abdominal aortic aneurysms. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD001835.
 25. Cao P, De Rango P, Verzini F, Parlani G, Romano L, Cieri E, et al. Comparison of surveillance versus aortic endografting for small aneurysm repair (CAESAR): results from a randomised trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41:13-25.
 26. Svenska Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi. In. Swedvasc, UCR, <http://www.ucr.uu.se/swedvasc/>; 2014.
 27. Pleumeekers HJ, Hoes AW, van der Does E, van Urk H, Hofman A, de Jong PT, et al. Aneurysms of the abdominal aorta in older adults. The Rotterdam Study. *Am J Epidemiol* 1995;142:1291-9.
 28. Tegler G, Ericson K, Sorensen J, Bjorck M, Wanhainen A. Inflammation in the walls of asymptomatic abdominal aortic aneurysms is not associated with increased metabolic activity detectable by 18-fluorodeoxyglucose positron-emission tomography. *J Vasc Surg* 2012;56:802-7.

29. Nordon IM, Hinchliffe RJ, Holt PJ, Loftus IM, Thompson MM. Review of current theories for abdominal aortic aneurysm pathogenesis. *Vascular* 2009;17:253-63.
30. Powell JT, Gotensparre SM, Sweeting MJ, Brown LC, Fowkes FG, Thompson SG. Rupture rates of small abdominal aortic aneurysms: a systematic review of the literature. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41:2-10.
31. Powell JT, Sweeting MJ, Brown LC, Gotensparre SM, Fowkes FG, Thompson SG. Systematic review and meta-analysis of growth rates of small abdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2011;98:609-18.
32. Sweeting MJ, Thompson SG, Brown LC, Powell JT. Meta-analysis of individual patient data to examine factors affecting growth and rupture of small abdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2012;99:655-65.
33. Brady AR, Thompson SG, Fowkes FG, Greenhalgh RM, Powell JT, Participants UKSAT. Abdominal aortic aneurysm expansion: risk factors and time intervals for surveillance. *Circulation* 2004;110:16-21.
34. Bhak RH, Wininger M, Johnson GR, Lederle FA, Messina LM, Ballard DJ, et al. Factors associated with small abdominal aortic aneurysm expansion rate. *JAMA Surg* 2015;150:44-50.
35. Santilli SM, Littooy FN, Cambria RA, Rapp JH, Tretinyak AS, d'Audiffret AC, et al. Expansion rates and outcomes for the 3.0-cm to the 3.9-cm infrarenal abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2002;35:666-71.
36. Svensjo S, Bjorck M, Wanhainen A. Editor's choice: five-year outcomes in men screened for abdominal aortic aneurysm at 65 years of age: a population-based cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;47:37-44.
37. Meijer CA, Stijnen T, Wasser MN, Hamming JF, van Bockel JH, Lindeman JH, et al. Doxycycline for stabilization of abdominal aortic aneurysms: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2013;159:815-23.
38. Abdul-Hussien H, Hanemaaijer R, Kleemann R, Verhaaren BF, van Bockel JH, Lindeman JH. The pathophysiology of abdominal aortic aneurysm growth: corresponding and discordant inflammatory and proteolytic processes in abdominal aortic and popliteal artery aneurysms. *J Vasc Surg* 2010;51:1479-87.
39. Bergqvist D, Lindeman JH, Lindholt JS, Bjorck M. Antimicrobial treatment to impair expansion of abdominal aortic aneurysm (AAA): a systematic review of the clinical evidence. *Curr Vasc Pharmacol* 2013;11:288-92.
40. Karlsson L, Gnarp J, Bergqvist D, Lindback J, Parsson H. The effect of azithromycin and Chlamydia pneumonia infection on expansion of small abdominal aortic aneurysms--a prospective randomized double-blind trial. *J Vasc Surg* 2009;50:23-9.
41. Brown PM, Sobolev B, Zelt DT. Selective management of abdominal aortic aneurysms smaller than 5.0 cm in a prospective sizing program with gender-specific analysis. *J Vasc Surg* 2003;38:762-5.
42. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Ballard DJ, Jordan WD, Jr., Blebea J, et al. Rupture rate of large abdominal aortic aneurysms in patients refusing or unfit for elective repair. *JAMA* 2002;287:2968-72.
43. Darwood R, Earnshaw JJ, Turton G, Shaw E, Whyman M, Poskitt K, et al. Twenty-year review of abdominal aortic aneurysm screening in men in the county of Gloucestershire, United Kingdom. *J Vasc Surg* 2012;56:8-13.

44. Lederle FA, Nelson DB, Joseph AM. Smokers' relative risk for aortic aneurysm compared with other smoking-related diseases: a systematic review. *J Vasc Surg* 2003;38:329-34.
45. Svensjo S, Bjorck M, Wanhainen A. Update on screening for abdominal aortic aneurysm: a topical review. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;48:659-67.
46. Erbel R, Aboyans V, Boileau C, Bossone E, Bartolomeo RD, Eggebrecht H, et al. 2014 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of aortic diseases: Document covering acute and chronic aortic diseases of the thoracic and abdominal aorta of the adult. The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Aortic Diseases of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2014;35:2873-926.
47. Grondal N, Sogaard R, Lindholt JS. Baseline prevalence of abdominal aortic aneurysm, peripheral arterial disease and hypertension in men aged 65-74 years from a population screening study (VIVA trial). *Br J Surg* 2015;102:902-6.
48. Dillavou ED, Muluk SC, Makaroun MS. A decade of change in abdominal aortic aneurysm repair in the United States: Have we improved outcomes equally between men and women? *J Vasc Surg* 2006;43:230-8; discussion 238.
49. Hultgren R, Granath F, Swedenborg J. Different disease profiles for women and men with abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;33:556-60.
50. Sandiford P, Mosquera D, Bramley D. Trends in incidence and mortality from abdominal aortic aneurysm in New Zealand. *Br J Surg* 2011;98:645-51.
51. Mani K, Bjorck M, Lundkvist J, Wanhainen A. Improved long-term survival after abdominal aortic aneurysm repair. *Circulation* 2009;120:201-11.
52. Wild JB, Stather PW, Biancari F, Choke EC, Earnshaw JJ, Grant SW, et al. A multicentre observational study of the outcomes of screening detected sub-aneurysmal aortic dilatation. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;45:128-34.
53. Hafez H, Druce PS, Ashton HA. Abdominal aortic aneurysm development in men following a "normal" aortic ultrasound scan. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008;36:553-8.
54. Lindholt JS, Sorensen J, Sogaard R, Henneberg EW. Long-term benefit and cost-effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms from a randomized controlled trial. *Br J Surg* 2010;97:826-34.
55. Crow P, Shaw E, Earnshaw JJ, Poskitt KR, Whyman MR, Heather BP. A single normal ultrasonographic scan at age 65 years rules out significant aneurysm disease for life in men. *Br J Surg* 2001;88:941-4.
56. Thompson SG, Ashton HA, Gao L, Buxton MJ, Scott RA, Multicentre Aneurysm Screening Study G. Final follow-up of the Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) randomized trial of abdominal aortic aneurysm screening. *Br J Surg* 2012;99:1649-56.
57. Darwood RJ, Brooks MJ. The impact of decreasing abdominal aortic aneurysm prevalence on a local aneurysm screening programme. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2012;44:45-50.
58. Bown MJ, Sweeting MJ, Brown LC, Powell JT, Thompson SG. Surveillance intervals for small abdominal aortic aneurysms: a meta-analysis. *Jama* 2013;309:806-13.

59. Egorova NN, Vouyouka AG, McKinsey JF, Faries PL, Kent KC, Moskowitz AJ, et al. Effect of gender on long-term survival after abdominal aortic aneurysm repair based on results from the Medicare national database. *J Vasc Surg* 2011;54:1-12 e6; discussion 11-2.
60. McPhee JT, Hill JS, Eslami MH. The impact of gender on presentation, therapy, and mortality of abdominal aortic aneurysm in the United States, 2001-2004. *J Vasc Surg* 2007;45:891-9.
61. Mehta M, Byrne WJ, Robinson H, Roddy SP, Paty PS, Kreienberg PB, et al. Women derive less benefit from elective endovascular aneurysm repair than men. *J Vasc Surg* 2012;55:906-13.
62. Wanhainen A, Bylund N, Bjorck M. Outcome after abdominal aortic aneurysm repair in Sweden 1994-2005. *Br J Surg* 2008;95:564-70.
63. Lederle FA, Simel DL. The rational clinical examination. Does this patient have abdominal aortic aneurysm? *Jama* 1999;281:77-82.
64. Hultgren R. Abdominal aortic aneurysms-gender aspects on prevalence, treatment, and concurrent aneurysms. *Thorac Cardiovasc Surg* 2013;61:15-21.
65. Gurtelschmid M, Bjorck M, Wanhainen A. Comparison of three ultrasound methods of measuring the diameter of the abdominal aorta. *Br J Surg* 2014;101:633-6.
66. Lindholt JS, Vammen S, Juul S, Henneberg EW, Fasting H. The validity of ultrasonographic scanning as screening method for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1999;17:472-5.
67. Wanhainen A, Svensjo S, Tillberg M, Mani K, Bjorck M. [Abdominal aortic aneurysm screening in Uppsala. Good experiences from the first four years--the rest of Sweden on its way]. *Lakartidningen* 2010;107:2232-6.
68. Wanhainen A, Bjorck M. The Swedish experience of screening for abdominal aortic aneurysm. *J Vasc Surg* 2011;53:1164-5.
69. Lederle FA. Ultrasonographic screening for abdominal aortic aneurysms. *Ann Intern Med* 2003;139:516-22.
70. Chiu KW, Ling L, Tripathi V, Ahmed M, Shrivastava V. Ultrasound measurement for abdominal aortic aneurysm screening: a direct comparison of the three leading methods. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;47:367-73.
71. Manning BJ, Kristmundsson T, Sonesson B, Resch T. Abdominal aortic aneurysm diameter: a comparison of ultrasound measurements with those from standard and three-dimensional computed tomography reconstruction. *J Vasc Surg* 2009;50:263-8.
72. de Bruin JL, Baas AF, Heymans MW, Buimer MG, Prinssen M, Grobbee DE, et al. Statin therapy is associated with improved survival after endovascular and open aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2014;59:39-44 e1.
73. Linne A, Smidfelt K, Langenskiold M, Hultgren R, Nordanstig J, Kragsterman B, et al. Low post-operative mortality after surgery on patients with screening-detected abdominal aortic aneurysms: a Swedvasc registry study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;48:649-56.
74. Endovaskulär behandling av bukaortaaneurysm. In. SBU – statens beredning för medicinsk utvärdering, http://www.sbu.se/upload/SBU_kommenterar/Endovaskulär%20behandling%20av%20bukaortaaneurysm.pdf; 2014.
75. Djavani K, Wanhainen A, Bjorck M. Intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome following surgery for ruptured abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2006;31:581-4.

76. Carpenter JP, Baum RA, Barker CF, Golden MA, Velazquez OC, Mitchell ME, et al. Durability of benefits of endovascular versus conventional abdominal aortic aneurysm repair. *J Vasc Surg* 2002;35:222-8.
77. Ouriel K, Greenberg RK, Clair DG, O'Hara P J, Srivastava SD, Lyden SP, et al. Endovascular aneurysm repair: gender-specific results. *J Vasc Surg* 2003;38:93-8.
78. Wolf YG, Arko FR, Hill BB, Olcott Ct, Harris EJ, Jr., Fogarty TJ, et al. Gender differences in endovascular abdominal aortic aneurysm repair with the AneuRx stent graft. *J Vasc Surg* 2002;35:882-6.
79. Hultgren R, Larsson E, Wahlgren CM, Swedenborg J. Female and elderly abdominal aortic aneurysm patients more commonly have concurrent thoracic aortic aneurysm. *Ann Vasc Surg* 2012;26:918-23.
80. Sampaio SM, Panneton JM, Mozes GI, Andrews JC, Noel AA, Karla M, et al. Endovascular abdominal aortic aneurysm repair: does gender matter? *Ann Vasc Surg* 2004;18:653-60.
81. Lederle FA, Freischlag JA, Kyriakides TC, Padberg FT, Jr., Matsumura JS, Kohler TR, et al. Outcomes following endovascular vs open repair of abdominal aortic aneurysm: a randomized trial. *JAMA* 2009;302:1535-42.
82. De Bruin JL, Baas AF, Buth J, Prinssen M, Verhoeven EL, Cuypers PW, et al. Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2010;362:1881-9.
83. United Kingdom ETI, Greenhalgh RM, Brown LC, Powell JT, Thompson SG, Epstein D, et al. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. *N Engl J Med* 2010;362:1863-71.
84. Hultgren R, Vishnevskaya L, Wahlgren CM. Women with abdominal aortic aneurysms have more extensive aortic neck pathology. *Ann Vasc Surg* 2013;27:547-52.
85. Larsson E, Granath F, Swedenborg J, Hultgren R. More patients are treated for nonruptured abdominal aortic aneurysms, but the proportion of women remains unchanged. *J Vasc Surg* 2008;48:802-7.
86. Larsson E, Labruto F, Gasser TC, Swedenborg J, Hultgren R. Analysis of aortic wall stress and rupture risk in patients with abdominal aortic aneurysm with a gender perspective. *J Vasc Surg* 2011;54:295-9.
87. Lederle FA, Johnson GR, Wilson SE, Aneurysm D, Management Veterans Affairs Cooperative S. Abdominal aortic aneurysm in women. *J Vasc Surg* 2001;34:122-6.
88. Semmens JB, Norman PE, Lawrence-Brown MM, Holman CD. Influence of gender on outcome from ruptured abdominal aortic aneurysm. *Br J Surg* 2000;87:191-4.
89. Scott RA, Bridgewater SG, Ashton HA. Randomized clinical trial of screening for abdominal aortic aneurysm in women. *Br J Surg* 2002;89:283-5.
90. Norman PE, Semmens JB, Lawrence-Brown M, Holman CD. The influence of gender on outcome following peripheral vascular surgery: a review. *Cardiovasc Surg* 2000;8:111-5.
91. Ashton HA, Gao L, Kim LG, Druce PS, Thompson SG, Scott RA. Fifteen-year follow-up of a randomized clinical trial of ultrasonographic screening for abdominal aortic aneurysms. *Br J Surg* 2007;94:696-701.
92. Norman PE, Jamrozik K, Lawrence-Brown MM, Le MT, Spencer CA, Tuohy RJ, et al. Population based randomised controlled trial on impact of screening on mortality from abdominal aortic aneurysm. *BMJ* 2004;329:1259.

93. Lindholt JS, Norman P. Screening for abdominal aortic aneurysm reduces overall mortality in men. A meta-analysis of the mid- and long-term effects of screening for abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2008;36:167-71.
94. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Sun X, Senger CA, Whitlock EP. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. In: Primary Care Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: A Systematic Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014.
95. Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Whitlock EP. Ultrasonography screening for abdominal aortic aneurysms: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2014;160:321-9.
96. Eunetha. Abdominal Aneurysm Screening. In, <http://mek.thl.fi/htacore/106.aspx>; 2013.
97. Scott RA, Tisi PV, Ashton HA, Allen DR. Abdominal aortic aneurysm rupture rates: a 7-year follow-up of the entire abdominal aortic aneurysm population detected by screening. *J Vasc Surg* 1998;28:124-8.
98. LeFevre ML, Force USPST. Screening for abdominal aortic aneurysm: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2014;161:281-90.
99. Hager J, Lanne T, Carlsson P, Lundgren F. Lower prevalence than expected when screening 70-year-old men for abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;46:453-9.
100. Hager J, Lanne T, Carlsson P, Lundgren F. No benefit of screening for abdominal aortic aneurysm among 70- instead of 65-year-old men. *Int Angiol* 2014;33:474-9.
101. Badger SA, Jones C, Murray A, Lau LL, Young IS. Implications of attendance patterns in Northern Ireland for abdominal aortic aneurysm screening. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;42:434-9.
102. Lesjak MS, Flecknoe-Brown SC, Sidford JR, Payne K, Fletcher JP, Lyle DM. Evaluation of a mobile screening service for abdominal aortic aneurysm in Broken Hill, a remote regional centre in far western NSW. *Aust J Rural Health* 2010;18:72-7.
103. Ross NP, Scott NW, Duncan JL. Uptake of abdominal aortic aneurysm screening. A cohort study. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;45:610-5.
104. Crilly MA, Mundie A, Bachoo P, Nimmo F. Influence of rurality, deprivation and distance from clinic on uptake in men invited for abdominal aortic aneurysm screening. *Br J Surg* 2015;102:916-23.
105. Zarrouk M, Gottsater A, Malina M, Holst J. Academic vascular unit collaboration with advertising agency yields higher compliance in screening for abdominal aortic aneurysm. *J Med Screen* 2014;21:216-8.
106. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, Reinke DB, Littooy FN, Acher CW, et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. *N Engl J Med* 2002;346:1437-44.
107. Golledge J, Powell JT. Medical management of abdominal aortic aneurysm. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2007;34:267-73.
108. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder. Socialstyrelsen 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18484/2011-11-11.pdf>

109. Kim LG, RA PS, Ashton HA, Thompson SG, Multicentre Aneurysm Screening Study G. A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. *Ann Intern Med* 2007;146:699-706.
110. Svensjo S, Mani K, Bjorck M, Lundkvist J, Wanhainen A. Screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men remains cost-effective with contemporary epidemiology and management. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2014;47:357-65.
111. Grieve R, Gomes M, Sweeting MJ, Ulug P, Hinchliffe RJ, Thompson MM, et al. Endovascular strategy or open repair for ruptured abdominal aortic aneurysm: one-year outcomes from the IMPROVE randomized trial. *Eur Heart J* 2015;36:2061-9.
112. Wanhainen A, Rosen C, Rutegard J, Bergqvist D, Bjorck M. Low quality of life prior to screening for abdominal aortic aneurysm: a possible risk factor for negative mental effects. *Ann Vasc Surg* 2004;18:287-93.
113. Spencer CA, Norman PE, Jamrozik K, Tuohy R, Lawrence-Brown M. Is screening for abdominal aortic aneurysm bad for your health and well-being? *ANZ J Surg* 2004;74:1069-75.
114. Pettersson M, Bergbom I. To be under control: a qualitative study of patients' experiences living with the diagnosis of abdominal aortic aneurysm. *J Cardiovasc Nurs* 2013;28:387-95.
115. Marteau TM, Kim LG, Upton J, Thompson SG, Scott AP. Poorer self assessed health in a prospective study of men with screen detected abdominal aortic aneurysm: a predictor or a consequence of screening outcome? *J Epidemiol Community Health* 2004;58:1042-6.
116. Lucarotti ME, Heather BP, Shaw E, Poskitt KR. Psychological morbidity associated with abdominal aortic aneurysm screening. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 1997;14:499-501.
117. Lindholt JS, Vammen S, Fasting H, Henneberg EW. Psychological consequences of screening for abdominal aortic aneurysm and conservative treatment of small abdominal aortic aneurysms. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2000;20:79-83.
118. Lesjak M, Boreland F, Lyle D, Sidford J, Flecknoe-Brown S, Fletcher J. Screening for abdominal aortic aneurysm: does it affect men's quality of life? *Aust J Prim Health* 2012;18:284-8.
119. Khaira HS, Herbert LM, Crowson MC. Screening for abdominal aortic aneurysms does not increase psychological morbidity. *Ann R Coll Surg Engl* 1998;80:341-2.
120. Hansson A, Brodersen J, Reventlow S, Pettersson M. Opening Pandora's box; the experiences of having an asymptomatic aneurysm under surveillance. *Health risk Soc* 2012;14:341-59.
121. DeFrank JT, Barclay C, Sheridan S, Brewer NT, Gilliam M, Moon AM, et al. The psychological harms of screening: the evidence we have versus the evidence we need. *J Gen Intern Med* 2015;30:242-8.
122. Brannstrom M, Bjorck M, Strandberg G, Wanhainen A. Patients' experiences of being informed about having an abdominal aortic aneurysm - a follow-up case study five years after screening. *J Vasc Nurs* 2009;27:70-4.
123. Berterö C, Carlsson P, Lundgren F. Screening for abdominal aortic aneurysm, a one-year follow up: an interview study. *J Vasc Nurs* 2010;28:97-101.
124. Ashton HA, Buxton MJ, Day NE, Kim LG, Marteau TM, Scott RA, et al. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect

- of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet* 2002;360:1531-9.
125. Sandstrom V, Bjorvell H, Olofsson P. Functional status and well-being in a group of patients with abdominal aortic aneurysm. *Scand J Caring Sci* 1996;10:186-91.
 126. Hinterseher I, Kuffner H, Berth H, Gabel G, Botticher G, Saeger HD, et al. Long-term quality of life of abdominal aortic aneurysm patients under surveillance or after operative treatment. *Ann Vasc Surg* 2013;27:553-61.
 127. De Rango P, Verzini F, Parlani G, Cieri E, Romano L, Loschi D, et al. Quality of life in patients with small abdominal aortic aneurysm: the effect of early endovascular repair versus surveillance in the CAESAR trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;41:324-31.
 128. Johansson M, Hansson A, Brodersen J. Estimating overdiagnosis in screening for abdominal aortic aneurysm: could a change in smoking habits and lowered aortic diameter tip the balance of screening towards harm? *BMJ* 2015;350:h825.
 129. Johansson M, Hansson A, Brodersen J. Risk för mer skada än nytta - Omvärdera screening för bukaortaaneurysm. *Läkartidningen* 2015;112:DH93.
 130. Noronen K, Laukontaus S, Kantonen I, Lepantalo M, Venermo M. The natural course of abdominal aortic aneurysms that meet the treatment criteria but not the operative requirements. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2013;45:326-31.
 131. Tornberg SA. Screening for early detection of cancer--ethical aspects. *Acta Oncol* 1999;38:77-81.
 132. Brownsword R, Earnshaw JJ. The ethics of screening for abdominal aortic aneurysm in men. *J Med Ethics* 2010;36:827-30.
 133. Scott RA, Wilson NM, Ashton HA, Kay DN. Influence of screening on the incidence of ruptured abdominal aortic aneurysm: 5-year results of a randomized controlled study. *Br J Surg* 1995;82:1066-70.
 134. Berterö C, Carlsson P, Lundgren F. The lived experience of 65-year-old men being screened for abdominal aortic aneurysm; a short-term perspective. *Patient Reported Outcomes* 2009;41:2-5.

Litteratursökning

Sökningen gjordes i januari 2015 och delades i två block, ett för bukaortaa-neurysm och ett för screening och omfattade tidsperioden 1990-01-01 till 2014-12-31. Sökning gjordes i PubMed NLM, Embase, CRDs DARE, NHS EED och HTA databaser samt i Cochrane Library.

I den första sökningen identifierades 4278 artikelsammanfattningar. Av dessa rörde 50 effekten av screening, 33 beställdes i fulltext och 5 bedömdes som relevanta. De 5 studierna var randomiserade och bedömdes ha medelhög eller låg risk för bias (Tabell 1 och 2). I 25 artikelsammanfattningar beskrevs bieffekter samt negativa effekter av screening och ytterligare 8 identifierades via handsökning. Av de totalt 33 studierna beställdes 20 i fulltext och 18 bedömdes innehålla information som var relevant (Tabell 3).

De 18 augusti, 2015 gjordes en uppföljande sökning gällande tidsperioden sedan januari 2015. Denna resulterade i 217 nya artikelsammanfattningar. Av dessa beställdes 15 stycken i fulltext men inte någon redovisade nya data för utfall av screening eller negativa konsekvenser som till exempel oro. Sökningarna beskrivs i det följande.

Title: Abdominal aortic aneurysm. PubMed via NLM 27 January 2015.

Search terms		Items found
Abdominal aortic aneurysm		
1	"Aortic Aneurysm"[Mesh:NoExp] OR "Aortic Aneurysm, Abdominal"[Mesh] OR "Aortic Rupture"[Mesh]	36191
2	aortic aneurysm*[Title/Abstract] OR aortic aneurysm*[Title/Abstract] OR abdominal aneurysm*[Title/Abstract] OR aaa*[Title/Abstract] OR aortic rupture*[Title/Abstract] OR aortic aneurysm rupture*[Title/Abstract]	28415
3	1 OR 2	46766
Screening		
4	"Mass Screening"[Mesh]	101216
5	test[Title/Abstract] OR tests[Title/Abstract] OR testing[Title/Abstract] OR screening[Title/Abstract] OR screen[Title/Abstract] OR detect[Title/Abstract] OR detection[Title/Abstract]	2520491
6	4 OR 5	2526768 2545895
Combined sets		
7	3 AND 6	4520
Limits		
8	Filters: Publication date from 1990/01/01 to 2014/12/31; English; Norwegian; Danish; Swedish	
Reviews		
9	7 AND 8	3783

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[Title/Abstract] = Title or abstract

[Ti] = Title

[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Title: Abdominal aortic aneurysm. Embase via Elsevier 22 January 2015.

Search terms		Items found
Population: Abdominal aortic aneurysm		
1	'aorta aneurysm'/de/mj OR 'abdominal aorta aneurysm'/exp/mj OR 'aorta rupture'/exp/mj	30099
2	((aortic NEXT/1 aneurysm*) OR (aortic NEXT/1 aneurism*) OR (abdominal NEXT/1 aneurysm*) OR (aortic NEXT/3 ruptur*) OR aaa):de,ab,ti	36934
3	1 OR 2	46610
Intervention: Mass screening		
4	'mass screening'/exp/mj	57673
5	((aneurysm* OR 'aorta rupture') NEAR/8 (test OR tests OR testing OR screen OR screening OR detect OR detection)):de,ab,ti	3132
6	4 OR 5	60665
Combined sets		
7	3 AND 6	1364
Limits		
8	([article]/lim OR [article in press]/lim OR [review]/lim) AND [embase]/lim AND [1990-2015]/py	
9	7 AND 8	787

/de= Term from the EMTREE controlled vocabulary

/exp= Includes terms found below this term in the EMTREE hierarchy

/mj = Major Topic

:ab = Abstract

:au = Author

:ti = Article Title

:ti:ab = Title or abstract

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase " "

Title: Abdominal aortic aneurysm. CRD 18 December 2014 (DARE, NHS EED & HTA).

Search terms		Items found
Population: bukaorta		
1.	MeSH DESCRIPTOR Aortic Aneurysm, Abdominal EXPLODE ALL TREES or MeSH DESCRIPTOR Aortic Rupture EXPLODE ALL TREES	247
2.	"abdominal aortic aneurysm"	171
3.	1 or 2	247
Intervention: screening		
4.	MeSH DESCRIPTOR Mass Screening EXPLODE ALL TREES	2273
5.	test or tests or testing or screen* or detect*	21446
6.	3 or 5	21447
Combined sets		
7.	3 and 6	DARE/43 NHS EED/51 HTA/15

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

MeSH DESCRIPTOR_EXPLODE ALL TREES = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

Title: Abdominal aortic aneurysm. Cochrane Library via Wiley 03 February 2015 (CDSR, DARE & CENTRAL).

Search terms		Items found
Abdominal aortic aneurysm		
1.	[mh ^"aortic aneurysm"] or [mh "aortic aneurysm, abdominal"] or [mh "aortic rupture"]	762
2.	aortic next/1 aneurysm* or aortic next/1 aneurism* or abdom* near/4 aneurysm* or aortic near/4 ruptur* or aaa:ti,ab,kw	1216
3.	1 OR 2	1216
Screening		
4.	[mh "mass screening"]	5048
5.	test* or screen* or detect*:ti,ab,kw	222257
6.	4 OR 5	222258
Combined sets		
7.	3 AND 6 = 421	CDSR/67 DARE/41 Central/223 CRM/3 HTA/15 EED/56

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

[mh] = Term from the Medline controlled vocabulary, including term explosion (terms found below this term in the MeSH hierarchy)

[mh ^] = Term from the Medline controlled vocabulary, without term explosion

:ti, ab, kw = Title or abstract or keyword

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review

CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, "trials"

CRM = Method Studies

DARE = Database Abstracts of Reviews of Effects, "other reviews"

EED = Economic Evaluations

HTA = Health Technology Assessments

Screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män

Hälsoekonomisk analys
Bilaga 2

Denna bilaga skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Bilagan finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Bilagan kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2015-11-34 Bilaga 2
Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2015

Innehåll

Sammanfattning	4
Introduktion	6
Syfte	7
Litteratursökning	8
Studiernas huvudresultat	8
Resultat från studiernas kompletterande analyser	9
Resultat från andra upplägg av screeningprogram	10
Modellanalys	11
Metod och material	11
Hälsoekonomiska analysen	11
Modellens struktur	12
Resultat	19
Diskussion	27
Referenser	30
Litteratursökningens metod och resultat	34
Sökstrategier	34
Flödesschema över litteraturgranskningen	37
Exkluderade studier	37
Tabeller över inkluderade studier i litteratursökningen	40

Sammanfattning

De hälsoekonomiska aspekterna på screeningprogram för att upptäcka bukaortaaneurysm i den allmänna befolkningen är väl studerade, såväl internationellt som i Sverige. Ett skäl kan vara att vissa aspekter i dessa program medför att hälsoekonomiska beslutsunderlag ger ett värdefullt bidrag vid avvägningar över screeningprogrammen: undersökningen kan genomföras till en låg kostnad, men befolkningsgruppen som bör screenas är tämligen stor. Samtidigt ger det screenade sjukdomstillståndet mycket allvarliga hälsokonsekvenser i form av plötsliga dödsfall i tämligen unga åldrar, medan förekomsten av sjukdomstillståndet är förhållandevis låg. Detta innebär att kostnadseffektiviteten, dvs relationen mellan kostnader och hälsoeffekter för olika alternativ, kan ge beslutsfattare relevant information som fördjupar de medicinska övervägandena om att screena eller inte screena för bukaortaaneurysm.

I detta kapitel redovisas de senaste 10 årens vetenskapliga litteratur om kostnadseffektiviteten i bukaortascreening i en systematisk litteraturgenomgång. Kapitlets resultat vilar dock i huvudsak på en särskilt framtagna analys som baseras på en tidigare konstruerad skattningsmodell. Modellen har anpassats något för att passa för Socialstyrelsens modell för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram och uppdaterats med de senaste svenska tillgängliga uppgifterna rörande screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män.

Modellanalysen beräknade att det nutida svenska screeningprogrammet förebygger 16 dödsfall per år i bukaortaaneurysm per 10 000 65-åriga män inbjudna till screening, och att 503 stycken 65-åriga män behöver screenas för att förebygga ett dödsfall i bukaortaaneurysm. Detta beräknas motsvara ca 100 dödsfall i bukaortaaneurysm som förebyggs årligen i Sverige. Den årliga totala hälso- och sjukvårdskostnaden för att screena för bukaortaaneurysm i en population på 10 000 inbjudna 65-åriga män beräknades till 21,6 miljoner kronor. Kostnaden för samma population utan screening beräknades till 14,1 miljoner kronor, så den ökade årliga kostnaden för screening av 10 000 65-åriga män skattades till 7,6 miljoner kronor. Omräknat till dagens ca 60 000 män i åldersgruppen motsvarar detta 44 miljoner kronor per år i ökade hälso- och sjukvårdskostnader på grund av screening.

Resultatet från litteraturgranskningen och modellanalysens känslighetsanalyser visar att det är mycket osannolikt att de nutida svenska screeningprogrammen för 65-åriga män medför en kostnad per QALY som överstiger 500 000 kronor, vilket är Socialstyrelsens övre gräns för en måttlig kostnad per QALY. Modellanalysen beräknar att screening medför en inkrementell kostnadseffektivitetskvalitet på ca 70 000 kronor per QALY, i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I ett samhällsekonomiskt perspektiv blev kostnaderna 90 000 kronor per QALY, då patienternas tidsåtgång och kostnader för att genomgå screeningundersökningen inkluderades. Den känslighetsanalys som kombinerade alla viktiga faktorer som talar emot screeningprogrammet, ett så kallat värsta-fallet scenario, gav ett resultat på cirka 135 000 kronor per QALY. Detta scenario är mycket osannolikt.

En tvåvägs-tröskelanalys med de två faktorer som har visats sig ha stor betydelse för kostnadseffektiviteten, prevalensen av bukoartaaneurysm i befolkningen och andelen aneurysm som upptäckts om screeningprogrammet inte hade funnits, visar att dagens prevalens på ca 1,7 procent tillsammans med en 50-procentig ökning av upptäckten av bukoartaaneurysm utan screening fortfarande medför en låg kostnad per QALY. Vid lägre prevalenser och högre upptäckt övergår kostnaden till måttlig nivå. Vid en andel av upptäckt utan screening på 75 procent, i praktiken en grad av upptäckt som närmar sig den vid screening, tillsammans med en prevalens på ungefär 0,1 procent blir kostnaden hög, över 500 000 kronor per QALY. Den andelen av upptäckt av aneurysm utan screening får dock anses osannolik. Och även om kostnaden inte anses vara alltför hög, så medför den antagna prevalensen på 0,1 procent att den sjukdomsförebyggande effekten av screening i befolkningen skulle bli negligerbar då endast totalt 3-4 dödsfall per år skulle förebyggas i hela Sverige. Vid sådana låga prevalensnivåer kan därför screening sannolikt ifrågasättas oavsett kostnad per QALY.

Introduktion

De hälsoekonomiska aspekterna på screeningprogram för att upptäcka bukaortaaneurysm i den allmänna befolkningen är väl studerade, såväl internationellt som i Sverige. Ett skäl kan vara att vissa aspekter i dessa program medför att hälsoekonomiska beslutsunderlag ger ett värdefullt bidrag vid avvägningar över screeningprogrammen: screeningundersökningen kan genomföras till en låg kostnad, men befolkningsgruppen som bör screenas är tämligen stor. Dessutom har sjukdomstillståndet som screeningen riktar sig till mycket allvarliga hälsokonsekvenser i form av plötsliga dödsfall i tämligen unga åldrar, medan förekomsten av sjukdomstillståndet är förhållandevis låg. Detta innebär att kostnadseffektiviteten, dvs relationen mellan kostnader och hälsoeffekter för olika alternativ, kan ge beslutsfattare relevant information som fördjupar de medicinska övervägandena om att screena eller inte screena för bukaortaaneurysm.

En Cochrane-review från år 2007 [1] sammanfattade det internationella kunskapsläget till att kostnadseffektiviteten i screening bland män 65-79 år kan vara acceptabel, dock endast baserat på två hälsoekonomiska utvärderingar. En review över rekommendationer från främst Nordamerika visade dock att alla sju rekommendationer hade tagit hänsyn till kostnadseffektiviteten då de rekommenderat screening bland äldre män [2].

I Sverige har screening för bukaortaaneurysm diskuterats ur olika perspektiv, t ex etiska [3], men även hälsoekonomiska [4, 5]. SBU redovisade år 2008 att screening bland äldre män minskade den aortaaneurysm-relaterade dödligheten och att metoden var kostnadseffektiv [6]. Det första svenska screeningprogrammet infördes redan år 2006 i Uppsala län [7]. Övriga län har succesivt infört liknande program, och från och med år 2015 finns screeningprogram i hela landet.

Studier av genomförda screeningprogram har dock visat att sjukdomsmönstret kan ha ändrats under de senaste åren [8-10], vilket kan påverka kostnadseffektiviteten av screening bland 65-åriga män. Det kan även finnas skäl att studera kostnads-effektiviteten i förändringar i screeningprogrammets upplägg. Dessa kan vara om screeningprogrammet ska utvidgas även till kvinnor, fokusera på grupper med hög risk (främst tidigare och nuvarande rökare), om åldern vid screening bör höjas, eller om screeningen bör upprepas efter en viss tid eller inom vissa intervall. Rapporten fokuserar dock på kostnadseffektiviteten i program med ett screeningtillfälle av 65-åriga män, liknande de program som för närvarande genomförs i Sverige.

Tabell 1. Klassificering av kostnaden per kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) eller vunnet levnadsår.

Klassificering av kostnad	Beskrivning
Låg	Under 100 000 kr per QALY eller vunnet levnadsår
Måttliga	100 000–499 999 kr per QALY eller vunnet levnadsår
Hög	500 000–1 000 000 kr per QALY eller vunnet levnadsår
Mycket hög	Över 1 000 000 kr per QALY eller vunnet levnadsår
Ej bedömt	Åtgärdens effekt har inte bedömts

Källa: Socialstyrelsen [11].

I denna rapport redovisas de senaste 10 årens vetenskapliga litteratur avseende hälsoekonomi i en systematisk litteraturgenomgång. Rapportens resultat vilar dock i huvudsak på en särskilt framtagen analys, som baseras på en tidigare konstruerad skattningsmodell [12]. Modellen har anpassats något för att passa för Socialstyrelsens modell för bedömning, införande och uppföljning av nationella screeningprogram [13] och uppdaterats med de senaste svenska tillgängliga uppgifterna rörande screening för bukaortaaneurysm bland 65-åriga män.

Kostnadseffektivitet i denna rapport bedöms utefter de värden som används i Socialstyrelsens riktlinjearbete, se tabell 1. I några fall används även den engelska organisationen NICE tröskelvärde för kostnadseffektivitet, som uppgår till cirka 230 000 kronor per QALY (£20 000 per QALY) [14]. För en närmare beskrivning av hälsoekonomiska metoder och termer hänvisas till SBU:s metodbok kapitel 11, som finns tillgänglig på http://sbu.se/upload/ebm/metodbok/SBUshandbok_Kapitel11.pdf

Syfte

Syftet med denna rapport är att belysa kostnadseffektiviteten av screening för bukaortaaneurysm bland svenska 65-åriga män. Syftet uppfylls genom en systematisk litteraturgenomgång av de senaste 10 årens hälsoekonomiska vetenskapliga litteratur och genom en modellanalys som belyser nutida svenska förhållanden och de faktorer som kan tänkas påverka kostnadseffektiviteten.

Litteratursökning

Den systematiska litteratursökningen använde samma sökord och inklusionskriterier som den kliniska sökningen, med tillägg av relevanta hälsoekonomiska termer. Sökningen resulterade i 587 studier, varav 55 relevanta studier granskades i fulltext. I den första granskningen begränsades undersökningsperioden till studier publicerade år 2005 eller senare, för att litteraturen ska belysa nutida förhållanden. Ett annat inklusionskriterie var att screeningen skulle genomföras i den allmänna befolkningen över 64 års ålder.

Efter relevansgranskning återstod 16 studier, som kvalitetsgranskades av två hälsoekonomer med hjälp av SBU:s mallar. En studie bedömdes vara av alltför låg kvalitet [15], så den systematiska litteratursökningen som redovisas här innehåller 15 hälsoekonomiska vetenskapliga studier, som alla bedöms vara av minst medelhög kvalitet och minst medelhög relevans för nutida svenska förhållanden. Litteratursökningen beskrivs mer i detalj i bilagan, som även innehåller beskrivningar av varje inkluderad studie i tabellform.

Studiernas huvudresultat

Fyra hälsoekonomiska studier baseras endast på data insamlad inom ramen för två olika randomiserade kontrollerade försök med screening bland män i 65-års åldern; den engelska Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) [16] och den danska Viborg-studien [17]. Data från tidiga uppföljningar av MASS har använts för ekonomiska utvärderingar, men här redovisas endast de två senaste; uppföljningstid 7 år [18] och uppföljningstid 10 år [19]. Dessa visar att kostnaden per sparat levnadsår från MASS sjunker ju längre uppföljningstiden är; från cirka 200 000 kronor¹ per sparat levnadsår vid år 7 till ca 100 000 kronor vid år 10. Ett liknande resultat visas från Viborg; cirka 100 000 kronor per sparat levnadsår vid 5 års uppföljning [20] och knappt 2 000 kronor efter 14 års uppföljning [21].

Resultaten från dessa två kliniska försök visar att skillnaden i levnadsår ökar mellan de screenade och icke-screenade männen i 65-75 års-åldern över tid, vilket medför att kostnadseffektiviteten förbättras ju längre screeningprogrammen följs upp. Den redovisade kostnaden per sparat levnadsår vid långtidsuppföljningarna anses vara en låg kostnad i Sverige, men då båda försöken genomfördes på 1990-talet med en betydligt högre prevalens av bukaortaaneurysm än den nutida svenska prevalensen är resultaten sannolikt inte helt relevanta för nuvarande svenska förhållanden.

Data från i synnerhet MASS har använts i en lång rad modellbaserade studier, för att skatta effekterna av planerade eller genomförda screeningprogram. Två studier använder MASS data vid fyra års uppföljning [22, 23], och ytterligare en kompletterar dessa data med lokala danska uppgifter [24]. En

¹ Alla kostnadsuppgifter i detta kapitel är omräknade till svenska kronor år 2014 med hjälp av den metod som rekommenderas av The Cochrane and Campbell Economic Methods Group, dvs med PPPs (köpkraftsjusterade valutakurser) via CCEMG - EPPI-Centre Cost Converter v.1.4, tillgänglig 20150404 på <http://eppi.ioe.ac.uk/costconversion/> (IMF PPPs).

studie använder MASS 10-årsdata [25] medan en annan använder dessa kompletterade med lokala norska och nederländska data [26]. Två nyligen publicerade modellbaserade studier använder de längsta uppföljningsdata som finns tillgängliga: MASS vid 13 års uppföljning kompletterad med svenska data [12] och Viborgs 14 års uppföljning kompletterad med nutida danska uppgifter [27]. I de studier då datan från de kliniska försöken MASS eller Viborg har kompletterats med lokala data är det framförallt prevalensen av bukaortaaneurysm som justerats, och i vissa fall även kostnaderna för att genomföra screeningprogrammen.

Ett antal andra källor har använts i de sammanlagt elva modellbaserade hälsoekonomiska analyser av hög eller medelhög kvalitet som publicerats sedan år 2005, exempelvis poolade [28, 29] resultat eller resultat av meta-analyser [30, 31] från andra kliniska försök. Alla modeller som använts i de hälsoekonomiska analyserna är så kallade Markov-modeller, vilket är en lämplig modellstruktur för bukaortaaneurysm, med tidshorisonter vanligtvis på 30 år eller livstid. Modellerna innehåller dock olika antal hälsotillstånd, där de mest komplexa kan innehålla upp till 14-15 hälsotillstånd [26, 27, 30].

Skattningsmodellerna har använts för att genomföra hälsoekonomiska analyser över screeningprogram i olika länder och för olika befolkningsgrupper. Majoriteten av analyserna studerar dock program som är snarlika det nutida svenska screeningprogrammet; 65-åriga män erbjuds screening med ultraljud en gång och 70-85 procent av de inbjudna deltar [12, 22, 24-28, 30, 31]. Dessa studier har visat att sådana screeningprogram medför en låg eller måttlig kostnad per hälsoeffekt; med kostnader per QALY mellan 55 000 [22, 30] och 160 000 kronor [28] eller kostnader per sparat levnadsår mellan 50 000 och 115 000 kronor [26]. Två danska studier visar mycket olika resultat: 685 000 kronor [24] respektive 8 000 kronor [27] per QALY. Det är oklart varför studien med den höga kostnaden har ett annorlunda resultat än majoriteten av studier [32], medan den låga kostnaden sannolikt beror på att analysen inkluderar en minskad icke-aneurysmrelaterad dödlighet för alla i den screenade gruppen.

Kostnadseffektiviteten påverkas dock av en rad faktorer, såsom prevalensen av bukaortaaneurysm, operationsmetoder och huruvida kostnader och livskvalitet för operationskomplikationer är inkluderade. Bland de studier som bedömts vara av hög kvalitet och hög relevans för nutida svenska förhållanden vid kvalitetsgranskningen uppgår kostnaden per QALY till 8 000 [27] respektive 85 000 kronor [12], vilket anses vara en låg kostnad i Sverige. Senare års internationella hälsoekonomiska analyser över screeningprogram för 65-åriga män upplagda på liknande sätt som det svenska visar sammanfattningsvis tydligt att sådana program medför en låg eller måttlig kostnad, i Danmark [20, 21, 27], i Norge [26], i Storbritannien [18, 19, 22, 23, 25], i Canada [30], i Nederländerna [26] och i Sverige [12, 28, 31].

Resultat från studiernas kompletterande analyser

Flera studier analyserar hur kostnadseffektiviteten påverkas av alternativa värden på viktiga faktorer i screeningprogrammen för 65-åriga män, i så kallade känslighetsanalyser. Antaganden om en minskad livskvalitet bland de

som opererats för bukaortaaneurysm ökade kostnaden per QALY något [31] medan en minskad livskvalitet bland de som diagnosticerats med bukaortaaneurysm och därför genomgår regelbundna uppföljnings-screeningar ökade kostnaden per QALY till 205 000 kronor [31] eller till 8 400 kronor [27]. Risken för ruptur av aneurysmet påverkar kostnaden per QALY avsevärt [28, 30], men programmen har fortfarande en måttlig kostnad per QALY, dvs under 500 000 kronor. Kostnaden för screeningprogrammen påverkar inte kostnadseffektiviteten i någon större utsträckning [12, 27, 28, 30]. En studie rapporterar att det nordirländska screeningprogrammet fortfarande medför en låg kostnad per QALY, på cirka 55 000 kronor, trots att andelen deltagare endast uppgår till 44.5 procent av de inbjudna [23].

Det som påverkar kostnadseffektiviteten är prevalensen av bukaortaaneurysm och hur stor andel av aneurysmerna som upptäcks utan att ett screeningprogram införts. En studie visar att programmet fortfarande är kostnadseffektivt vid en andel upptäckta utan screeningprogrammet på 40 procent [30] medan den senaste svenska studien visar att kostnaden per QALY vid en andel på 85 procent upptäckta uppgår till 660 000 kronor [12], vilket är en hög kostnad i Sverige. En prevalens av bukaortaaneurysm på 2 procent ger en kostnad per QALY på strax under 200 000 kronor [28], medan en prevalens på 1 procent ger en kostnad per sparat levnadsår på cirka 150 000 kronor i Nederländerna och på cirka 750 000 kronor i Norge [26]. En studie anger att en prevalens på 0,35 procent medför att screeningprogrammet inte längre anses vara kostnadseffektivt av NICE [25] och den senaste svenska studien visar att en prevalens på 0,1 procent ger en kostnad per QALY på över 500 000 kronor, vilket är en hög kostnad i Sverige. En studie som analyserar screening i både Norge och i Nederländerna varierade prevalensen och andelen upptäckta utanför programmet samtidigt, i en tvåvägs-tröskelanalys, och visade att en prevalens på under 1 procent och en andel upptäckta på över 15 procent skulle medföra att screeningprogrammet inte längre var kostnadseffektivt i något av länderna [26].

Resultat från andra upplägg av screeningprogram

Det finns ett fåtal studier publicerade efter år 2005 som redovisar kostnadseffektiviteten i andra upplägg av screeningprogram. En svensk studie visar att screening även för 60-åriga och 70-åriga män samt 65-åriga män i olika högriskgrupper alla kan anses ha en måttlig kostnad, med en kostnad per sparat levnadsår under 200 000 kronor [28]. Olika intervall av screening bland 65-åriga män med ett litet aneurysm (25-29 mm) vid den första screeningen gav något svårtolkade resultat i en dansk studie [27]; de tre olika alternativen ingen ytterligare screening, en extra screening efter fem år eller screening vart femte år under männens återstående livstid hade alla ungefär lika stor sannolikhet att vara mest kostnadseffektiva vid NICE tröskelvärde på cirka 230 000 kronor [27]. Slutligen uppskattar en svensk studie att screening även bland kvinnor i 65 års ålder skulle medföra en låg kostnad, ca 65 000 kronor per sparat levnadsår [29].

Modellanalys

Metod och material

Modellanalysen baseras på en nyligen publicerad Markovmodell anpassad för svenska nutida förhållanden [12]. I modellen analyserades kostnadseffektiviteten vid ultraljuds-baserad screening för bukaortaaneurysm av 65-åriga män vid ett tillfälle. Analysen jämför kostnader, vunna QALYs och förebyggda dödsfall i en populations-baserad simulering där en grupp 65-åriga män erbjuds screening och en grupp inte erbjuds screening. Modellen baseras på parametrar som reflekterar en modern bukaortaaneurysm-epidemiologi i ett svenskt perspektiv. Frånsett sjukdomens naturalförlopp – som baseras på extensiva data från den största genomförda randomiserade screeningstudien, MASS från Storbritannien [33] – har nutida svenska uppgifter om sjukdomsförekomst (prevalens), följsamhet till screeningprogrammet, operationskostnader, och QALY-vikter inhämtats från vetenskapliga publikationer med svenska data. Mortalitet vid kirurgi för bukaortaaneurysm baseras på omfattande åldersspecifika data från Svenska Kärregistret (Swedvasc) [34]. Screeningrelaterade kostnader baseras på faktiska kostnader i svenska screeningprogram.

I denna utvärdering har nya modellkörningar gjorts i den publicerade modellen, konstruerad i TreeAge Pro 2015 Healthcare software package (TreeAge Software, Williamstown, MA, USA). Vissa parametrar har justerats för att ytterligare anpassa modellen till samtida svenska förhållanden och SBU:s rapporteringskrav. Således har diskonteringsräntan ändrats från 3,5 procent till 3,0 procent och valet av operationsmetoder för att reparera bukaortaaneurysm har uppdaterats enligt senaste rapport från Swedvasc. Vidare uttrycks alla kostnader i svenska kronor. För att kunna leverera önskade känslighetsanalyser i denna utvärdering har en mindre omprogrammering av modellens struktur gjorts.

Hälsoekonomiska analysen

Den hälsoekonomiska analysen har gjorts utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. I en känslighetsanalys har ett begränsat samhällsperspektiv analyserats. Modelleringens tidshorisont är de 65-åriga männens resterande livstid, medan data vid 13 år rapporteras för validering mot rapporterade data från kliniska försök. Diskontering av kostnader och QALYs har gjorts med en diskonteringsränta på 3 procent årligen. Kostnaderna rapporteras i svenska kronor år 2014.

I analysen rapporteras skillnaden mellan att screena och inte screena 65-åriga män. Utfallet redovisas i antal QALYs, inkrementell kostnadseffektivitetskvot (ICER), hälso- och sjukvårdskostnader, vunna QALYs per 10 000 inbjudna, den absoluta riskreduktionen (ARR) i förebyggda dödsfall i bukaortaaneurysm per 10 000 inbjudna, antalet screenade för att förebygga ett dödsfall (NNS, numbers needed to screen), relativ riskminskning i död av bukaaortaaneurysm, samt vunna levnadsår för varje förebyggt dödsfall i

bukaortaaneurysm. Därtill redovisas relevanta nyckelhändelser. Dessa är modellens skattningar av antalet elektiva operationer, antalet operationer för rupturerade bukaortaaneurysm och inträffade rupturer samt specifik mortalitet kopplade till dessa händelser. De ger även en uppfattning om omfördelningen i resursutnyttjande mellan elektiva och akuta operationer, samt möjliggör jämförelse med resultat från andra screeningprogram och därmed valideringsmöjligheter.

Modellens struktur

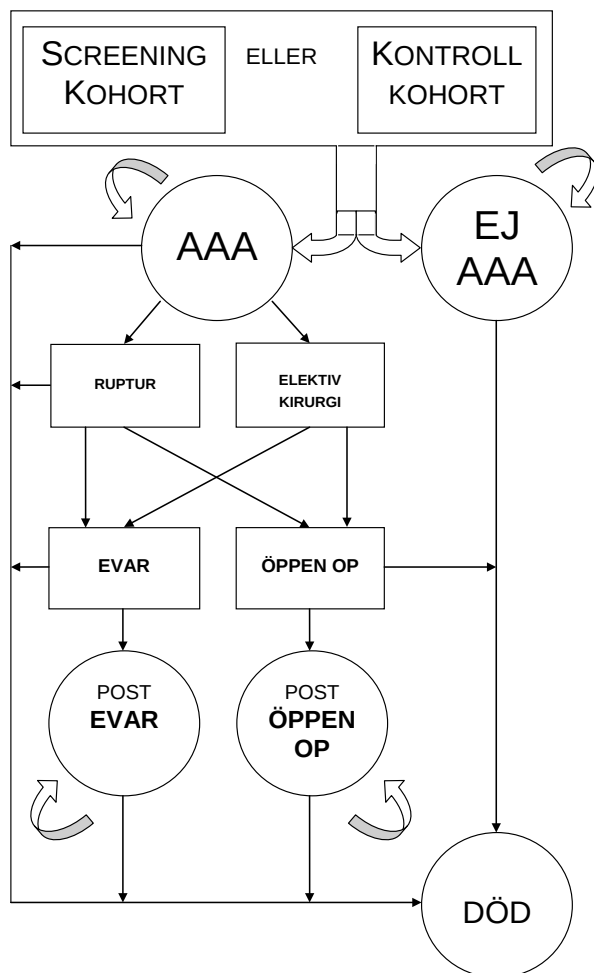
Två hypotetiska kohorter av 65-åriga män simuleras i varsin strategi, se figur 1. En strategi (Screening) innebär en inbjudan till ultraljudsbaserad screening för bukaortaaneurysm det år männen fyller 65 år. Den andra strategin (ingen screening; kallas Kontrollkohort i figur 1) reflekterar handläggning av bukaortaaneurysm utan screening, där bukaortaaneurysm hanteras av sjukvården allteftersom de kommer till sjukvårdens kännedom. Detta sker vanligen genom att ett bukaortaaneurysm upptäcks som ett bifynd vid en röntgenundersökning för ett annat sjukdomstillstånd. Ett bukaortaaneurysm definieras som en diameter på bukaorta på 30 mm eller mer.

Vid screening upptäcks flertalet bukaortaaneurysm i tidigt asymtomatiskt skede. Aneurysmen följs avseende tillväxt med regelbundna ultraljudskontroller och patienten erbjuds förebyggande planerad kirurgi då aneurysmet nått en diameter på 55 mm vilket är den internationellt vedertagna gränsen [35]. Personer med bukaortaaneurysm upptäckta utanför screeningprogrammet erbjuds också ultraljudsövervakning enligt samma intervall och kirurgi enligt samma kriterier.

Planerad kirurgi för bukaortaaneurysm är förenat med låg mortalitet, ca 0,5-3,5 procent, och låg postoperativ morbiditet. Akut kirurgi vid ett rupturerat bukaortaaneurysm är en betydligt mer resurskrävande kirurgisk insats förenat med ca 10-faldigad mortalitet (30 procent) än vid planerad kirurgi. Akut kirurgi medför en större blödning, större behov av postoperativ intensivvård, högre risk för allvarliga komplikationer och en högre risk för postoperativ morbiditet, samt slutligen därför högre kostnader.

Kirurgi för bukaortaaneurysm utförs med två olika operationstekniker; öppen operation samt endovaskulär operation (EVAR). Valet av metod avgörs av patientens kärlanatomy, patientens preferenser samt vårdgivarens resurser och kompetensprofil. Vid öppen operation repareras bukaortaaneurysmet via ett buksnitt med en syntetisk kärlprotes. Vid EVAR punkteras ljumskpulsåderrorna och den syntetiska kärlprotesen (stentgraft) som reparerar aneurysmet förs istället in via ledare och katetrar i blodkärlen upp i bukaorta. Öppen operation och EVAR kan användas vid både planerad och akut kirurgi. I det korta perspektivet är EVAR förenat med tydligt lägre mortalitet och morbiditet, men skillnaderna tenderar att utjämnas över tid, då sena komplikationer är vanligare vid EVAR [36]. Därför kräver EVAR livslång uppföljning, vanligen med årliga röntgenkontroller.

Figur 1. Markovmodellen. Cirklar representerar hälsotillstånd och boxar händelser. Linjerna visar möjliga vägar för individerna i kohorterna. En böjd bred pil visar att individen kan stanna i hälsotillståndet under upprepade cykler. AAA: abdominellt aortaaneurysm, bukaortaaneurysm.



Den potentiella hälsovinsten med screening ligger i tidig upptäckt av asymptomatiska bukaortaaneurysm som övervakas och opereras med låg mortalitet vid planerad kirurgi. Då minskar antalet rupturerade aneurysm, och antalet personer som dör omedelbart eller under de akuta operationerna minskar.

En Markovmodell med 5 ömsesidigt uteslutande hälsotillstånd användes, se figur 1. Vid början av simuleringen fördelas individer i respektive kohort i hälsotillstånden, AAA (bukaortaaneurysm) eller inget AAA, beroende på prevalensen av bukaortaaneurysm. Simuleringen fortgår i cykler om 1 år. De tidsberoende riskerna för händelser och de åldersspecifika riskerna för död appliceras på individerna i varje cykel. Effekten och kostnaden för varje strategi summeras efter 13 och 40 (livstid) cykler.

Modellsimuleringen genomförs som en stokastisk Monte-Carlo analys, med 1 miljon individer i varje kohort. Nyckelhändelser, såsom antalet rupturer, elektiva operationer och olika orsaker till död räknas i form av så kallade trackers, för att kunna redovisas som resultat samt för att kunna validera modellens utfall gentemot MASS [33] vid 13 års uppföljning.

Modellens data

Modellens parametrar baseras på uppgifter från publicerade randomiserade screening-studier, populations-baserade studier med svenska data, validerade uppgifter från Svenska Kärregistret (Swedvasc), populations-baserade ålders- och könsspecifika dödsrisker från SCB, och vad gäller vissa kostnader, faktiska observationer från pågående screeningprogram i Sverige. De epidemiologiska parametrarna redovisas i tabell 2.

Epidemiologiska data

Prevalensen av bukaortaaneurysm vid screening baseras på publicerade data från en populations-baserad studie av 65-åriga män i Mellansverige [37].

Kärnan i modellen är naturalförloppet för bukaortaaneurysm i screening-kohorten respektive kontrollkohorten, som baseras på MASS-studien. I denna rapporteras vid 4, 7, 10 och 13 års uppföljning den kohort-specifika årliga incidensen för elektiv kirurgi, rupturkirurgi, rupturer och död samt uppgifter om dödsorsaker [16, 18, 19, 33]. En proportionell justering av incidensen av kirurgi och rupturer pga en lägre svensk prevalens jämfört med MASS har gjorts.

Incidensen av kirurgi för bukaortaaneurysm baseras de första 13 åren i modellen på data från MASS. Baserat på data från Swedvasc antas incidensen av operationer avta succesivt motsvarande åldersfördelningen för elektivt opererade i Swedvasc, så att ingen individ erbjuds planerad kirurgi efter 90 års ålder.

Incidensen av rupturer i kohorterna är känd upp till och med 13 år efter screeningen, som är den slutgiltiga publicerade uppföljningen av MASS-studien. Vid längre uppföljning minskar kohorten i storlek till följd av dödsfall, som i modellen baseras på åldersspecifika dödstal i befolkningen från SCB. I modellen justeras därför incidensen av rupturer efter kvarvarande antal personer i kohorten så att rupturincidensen i modellen naturligt närmar sig 0 procent då kohortens kvarvarande antal personer vid 30 års uppföljning (95 års ålder) också närmar sig noll.

Åldersspecifik mortalitet vid kirurgi baseras på data från Swedvasc för åren 2002-2010, se figur 2. Dödlighet som inte är relaterad till bukaortaaneurysm, den generella mortaliteten, baseras på ålders- och könsspecifika dödstal för åldrarna 65 till 105 från SCB [38]. Enligt en svensk studie [39] som analyserat långtidsöverlevnad vid bukaortaaneurysm baserat på Swedvasc-data beräknades den relativa överdödligheten för individer med bukaortaaneurysm till 1,11 och för individer som överlevt kirurgi för rupturerat bukaortaaneurysm till 1,19.

Tabell 2. Epidemiologiska data i modellen.

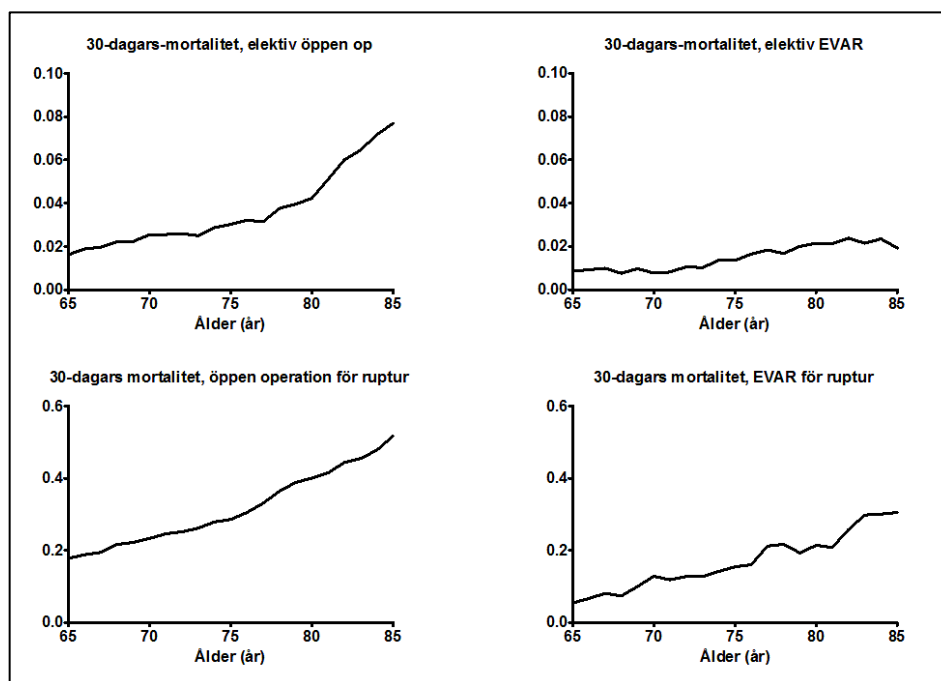
Parameter	Base case	Referenser
Prevalens, 65-åriga män	1,7%	Svensjö [37] MASS [16, 18, 19, 33]
Följsamhet till screeninginbjudan	80%	
30-dagars mortalitet, åldersberoende för åldrarna 65-85+ år:		
Elektiv öppen operation	1,62–7,69%	Swedvasc [40]
Elektiv EVAR	0,85–2,38%	Swedvasc [40]
Öppen operation för rupturerat AAA	17,8–52,9%	Swedvasc [40]
EVAR för rupturerat AAA	7,4–46,2%	Swedvasc [40]
Proportion EVAR vid elektiv operation	64%	Swedvasc [40]
Proportion EVAR vid operation för ruptur	39%	Swedvasc [40]
Tidsberoende data vid: 1–4, 5–7, 8–10, 11–13 och 25 års uppföljning. Händelser per 10 000 individer		
Årlig incidens av elektiv kirurgi för AAA i Screeningkohorten	8,4; 4,7; 3,1; 2,4; 0	MASS [16, 18, 19, 33], Swedvasc [40]
Årlig incidens av elektiv kirurgi för AAA i Kontrollkohorten	2,5; 2,7; 1,7; 2,5; 0	MASS [16, 18, 19, 33], Swedvasc [40]
Tidsberoende data vid: 1–4, 5–7, 8–10, 11–13 och 30 års uppföljning. Händelser per 10 000 individer		
Årlig rupturincidens i Screeningkohorten	1,7; 1,7; 2,0; 2,5; 0	MASS [16, 18, 19, 33]
Årlig rupturincidens i Kontrollkohorten	9,6; 11,2; 11,4; 9,9; 0	MASS [16, 18, 19, 33]
Övriga data		
Sannolikhet för kirurgi vid ruptur i Screeningkohorten	23,69%	MASS [16, 18, 19, 33]
Sannolikhet för kirurgi vid ruptur i Kontrollkohorten	31,17%	MASS [16, 18, 19, 33]
Generell ålders- och könsspecifik mortalitet	Dödstabeller för åldrarna 65–105 år	SCB [41]
Relativ överdödlighet för individ med ett AAA, samt för individ efter genomgången operation för rupturerat AAA	1,11; 1,19	Mani [39], Duncan [42], UKSAT [43], Newman [44], Hultgren [45], Freiberg [46]
QALY-vikter vid 65–69, 70–79, 80+ års ålder	0,83; 0,81; 0,74	Burström [47]

Kostnader

Kostnader i modellen är beräknade ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Screeningkostnader baserades på uppgifter från pågående screeningprogram i Sverige [12].

Kostnader för kirurgi och relaterad vård hämtades ur en kostnadsanalys av elektiv öppen kirurgi och EVAR i svensk sjukvårdsmiljö.[48] Kostnadsberäkningen i den studien baserades på journalgenomgångar och uppgifter i sjukhusets revisionssystem. Kostnaden för kirurgi vid ruptur kalkylerades med hjälp av en faktor (1,62) multiplicerat med kostnaden för elektiv kirurgi, utefter MASS-data vid 10 års uppföljning [19]. Kostnaderna redovisas i tabell 3.

Figur 2. 30-dagarsmortalitet vid kirurgi för bukaortaaneurysm. Data från Swedvasc för åren 2002-2010.



Tabell 3. Kostnader i modellen, i svenska kronor år 2014.

Kostnad	Kronor	Källa
Inbjudning till screening	50	Faktisk kostnad från svenskt screeningprogram för AAA
Screening med ultraljud	151	Faktisk kostnad från svenskt screeningprogram för AAA
Ultraljuds-baserad övervakning av ett AAA, per år	1 083	Faktisk kostnad från svenskt screeningprogram för AAA
Elektiv kirurgi		
Öppen operation	276 805	Mani [48]
Öppen operation, postoperativt, per operation*	50 728	Mani [48]
EVAR	225 250	Mani [48]
EVAR, postoperativt, per operation*	48 420	Mani [48]
Faktor kostnader för akutkirurgi vid ruptur (faktor x kostnader elektiv kirurgi)	1.62	MASS [19]

* Uppföljningstid i studien var i snitt 5.4 år.

Hälsoeffekter

Hälsoeffekterna mäts i sparade levnadsår och QALYs. Ålders- och könsspecifika livskvalitetsvikter hämtades från en svensk populations-baserad studie som mätte hälsorelaterad livskvalitet (HRQoL) enligt EQ-5D, i åldrarna 20-88 år i Stockholm året 1998 [47]. QALY-vikterna var 0,83 för män 65-69 år, 0,81 för män 70-79 år och för de 80 år eller äldre 0,74.

Känslighetsanalyser

En rad känslighetsanalyser genomförs av faktorer som kan påverka kostnads-effektiviteten. I envägs-analyser studeras ett skattat svenskt prevalensspektrum, effekter av temporärt sänkt livskvalitet i samband med operation, ökade kostnader vid ett samhällsperspektiv och högre kostnader för EVAR på lång sikt. Därtill görs en tröskelanalys av lägsta prevalens för kostnadseffektivitet. I tröskelanalyserna användes värden enligt Socialstyrelsens riktlinjer: låg kostnad (upp till 100 000 kronor per QALY) och måttlig (upp till 500 000 kronor per QALY). I en tvåvägs-analys testas den sammanlagda effekten av varierande prevalens och andel upptäckta AAA i befolkningen utan screening, vilken redovisas som en tröskelanalys. Ett värsta-fall scenario, som inkluderar faktorerna sänkt livskvalitet, samhällsperspektiv, ökade EVAR-kostnader och högre andel upptäckta AAA utan screening har även konstruerats. De flesta känslighetsanalyser, förutom de som rör prevalens, genomfördes i livstidsperspektivet.

1. Envägs-analys: Svenskt prevalensspektrum:

Enligt de senaste rapporterna från svenska screeningcentra uppmäts en screening-prevalens för AAA bland 65-åriga män runt **1,2 - 2,8 procent**. Effekterna på kostnadseffektiviteten av variationer inom detta intervall testas.

2. Tröskelanalys: Lägsta prevalens för kostnadseffektivitet:

De senaste tre decennierna har uppvisat en sjunkande prevalens för AAA i målgruppen för screening. I ett antagande att prevalensen fortsätter att sjunka i framtiden testas effekterna av en fallande prevalens inom ett större hypotetiskt intervall: **0,05 - 2,8 procent**. Analysen genomförs i intervall på 0,1 procent. Syftet med känslighetsanalysen är att studera vid vilken prevalens då kostnaden per QALY överstiger tröskelvärdet för måttlig kostnad.

3. Envägs-analys: Temporärt sänkt livskvalitet postoperativt:

I EVAR-1-studien från Storbritannien påvisades en temporär sänkning av livskvaliteten omedelbart efter operation [49]. Den temporära sänkningen av uppmätt QALY var **-10 procent** för öppen operation och **-5 procent** för EVAR, vilket används i analysen.

4. Envägs-analys: Samhällsperspektiv på vissa screeningrelaterade kostnader:

I en känslighetsanalys inkluderas kostnaden för resa till screeningtillfället samt tidsåtgång för en 65-årig man motsvarande tiden för resa och undersökning; totalt **+260,08 kronor per screenad individ**. Kostnaden för en enkelbiljett i lokal kollektivtrafik hämtas från en nyligen utförd trafikanalys i Sverige och EU [50]. De 65-åriga männens tidsåtgång för resa och screeningundersökning värderas som fritid, som i Sverige antas vara 61 kr per timme i 2014 års pris baserat på uppgifter från Trafikverket [51]. Antaganden om reseavstånd till screening baseras på författarens kännedom om befintliga tätorter som erbjuder screening, SCB:s uppgifter om geografisk befolkningsfördelning i Sverige och en

skattning av restider utanför tätorter i ett genomsnittligt svenskt län. Kostnaderna och antagandena redovisas i tabell 4. Övriga samhällskostnader, såsom hemsjukvård, informell vård och öppenvårdsrehabilitering kan inte inkluderas, då uppgifter saknas.

Tabell 4. Antaganden för beräkning av kostnader för samhällsperspektiv, i svenska kronor år 2014.

65-åriga män, inbjudna till screening	Andel (%)	Tidsåtgång	Reskostnad kollektivtrafik, ToR	Kostnad
Bor i tätort som erbjuder screening, 0-10km	50	upp till 1 timme	2 x 24,80 kr*	
Bor strax utanför tätort som erbjuder screening, 11-20km	35	1-2 timmar	2 x 2 x 24,80 kr	
Bor utanför tätort som erbjuder screening, 20km +	15	2-4 timmar	2 x 4 x 24,80 kr	
<i>Medel, per inbjuden</i>		<i>1,8 timmar</i>	<i>89,28 kr</i>	<i>89,28 kr</i>
Transport hållplats till screening och tillbaka, inklusive undersökning		1 timme		
<i>Totalt, per inbjuden</i>		<i>2,8 timmar</i>		
Fritid, 61kr/timme**				2,8 timmar x 61 kr
Total kostnad, per screenad individ				260,08 kr

* Källa: Trafikanalys [50]

** Källa: Trafikverket [51]

5. Envägs-analys: Högre kostnader för EVAR på lång sikt

I 8-årsutvärderingen av EVAR-1 [36] är totalkostnaden för EVAR jämfört med öppen operation 25 procent högre. Hälften av den högre kostnaden förklaras av högre kostnader postoperativt och resten av högre kostnader vid ingreppet. I base-case är den postoperativa kostnaden för EVAR 85 procent av den för öppen operation vid 8 års uppföljning. Beräkningarna baseras dock på postoperativa kostnader som är uppmätta med 5,4 års uppföljning [48]. Därefter har låga postoperativa kostnader antagits för båda operationsmetoderna. I SBU-scenariot nyttjas uppföljningsdata från ytterligare 3 år (år 6-8) från EVAR-1 som innebär att EVAR blir totalt sett 25 procent dyrare postoperativt vid år 8. Det innebär att EVAR blir 4 125 kronor dyrare per år under åren 6-8, därefter är allting annat lika.

6. Envägs-analys: Diskonteringsränta 0-5 procent

I en analys testas påverkan på kostnadseffektivitetskvoten vid ändrad diskonteringsränta. Diskontering sker av både kostnader och QALYs.

7. Tvåvägs-tröskelanalys: Ökad upptäckt av AAA i befolkningen utan screening och prevalensintervall

Näst efter prevalensen var andelen bukaortaaneurysm som upptäcks utan screening den faktor som hade störst påverkan på kostnadseffektiviteten i ursprungsmodellen. I MASS-studien kunde andelen bukaortaaneurysm som upptäcks utan screening mätas i kohorten som inte screenades. Vid 4 års uppföljning uppgick den till 25 procent av andelen i den screenade kohorten. Tillförlitliga svenska uppgifter saknas tyvärr helt. I ursprungsmodellen gjordes emellertid en skattning, baserat på ett stickprov av 65-åriga män med 4 års uppföljning i Mellansverige[12], där andelen upptäckta bukaortaaneurysm i befolkningen före och efter starten av screeningprogrammet jämfördes. Andelen skattades till 39 procent, vilket är 1,5 ggr högre andel av upptäckt utan screening jämfört med MASS [12]. Andelen ökar med längre uppföljningstid och var i MASS 42 procent vid 13 år.

En nutida högre andel av upptäckt utan screening är rimlig att anta, som en följd av ökad tillgång och nyttjande av datortomografiundersökningar och magnetkamera-undersökningar i befolkningen. Dessa undersökningar resulterar i att ett ökat antal bukaortaaneurysm upptäcks som bifynd vid undersökningarna. Utan screening upptäcks dessa bukaortaaneurysm successivt och med fördröjning jämfört med screening vid en viss ålder och flera hinner rupturera innan upptäckt. Därför kan andelen upptäckta utan screening inte nå 100 procent av den vid screening. Vi antog därför att denna andel i ett svenskt perspektiv inte kan överstiga 75 procent vid 13 års uppföljning. Detta motsvarar en 1,8 ggr högre nivå av upptäckt jämfört med MASS-studiens 13 års uppföljning.

Effekten av ökad upptäckt av bukaortaaneurysm i befolkningen utan screening, i intervallet 42-75 procent, testades samtidigt med prevalensen i en tvåvägs-analys. Intervallet för prevalensen var detsamma som i analys 2: 0,05 - 2,8 procent. Syftet med känslighetsanalysen är att studera vid vilken prevalens och andel upptäckta utan screening då kostnaden per QALY överstiger tröskelvärdet för måttlig kostnad.

8. Värsta fall-scenario: Temporärt sänkt livskvalitet postoperativt, samhällsperspektiv på vissa screeningrelaterade kostnader, högre kostnader för EVAR på lång sikt samt ökad andel upptäckta AAA utan screening.

I en sammanfattande känslighetsanalys kombineras antagandena i känslighetsanalyserna 3-6. Syftet är att samtidigt studera antaganden som kan tala mot screening. I känslighetsanalysen användes en 1,5 ggr högre nivå av upptäckta AAA utan screening än i base-case. Det innebär att 39 procent av aneurysmen i icke-screeninggruppen är upptäckta efter 4 års uppföljning jämfört med 25 procent i base-case. Övriga parametrar hämtades ur respektive känslighetsanalys 3-5.

Resultat

Basresultaten från modellen visar att ett erbjudande om ultraljudsbaserad screening för bukaortaaneurysm i en svensk befolkning av 65-åriga män leder till en 40-procentig minskning av dödsfallen orsakade av bukaor-

taaneurysm; 16 räddade liv per 10 000 inbjudna till screening, se tabell 5. Tidig upptäckt och övervakning av asymptomatiska bukaortaaneurysm leder till färre inträffade rupturer i den screenade befolkningen. Incidensen av planerad förebyggande kirurgi stiger och behovet av akut kirurgi vid ruptur sjunker. Totalt 107 kvalitetsjusterade levnadsår beräknas vinnas per 10 000 inbjudna till screening, 503 individer behöver screenas för att förebygga ett dödsfall i bukaortaaneurysm och i snitt 9 levnadsår räddas per förebyggt dödsfall i bukaortaaneurysm.

Kostnaden för att hitta ett screening-upptäckt fall beräknas uppgå till 12 000 kronor (inbjudan och undersökning). Den totala årliga hälso- och sjukvårdskostnaden för att screena för bukaortaaneurysm i en population på 10 000 inbjudna 65-åriga män beräknas till 21,6 miljoner kr. Kostnaden för samma population utan screening beräknades till 14,1 miljoner kronor. Den ökade årliga kostnaden för screening av 10 000 65-åriga män skattades därmed till 7,6 miljoner kronor.

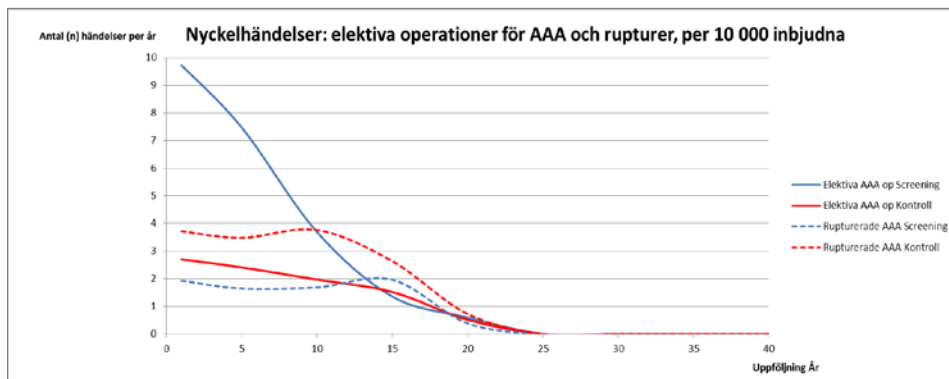
Sammantaget skattas kostnaden för ett vunnet QALY uppgå till 70 796 kronor per QALY, vilket anses vara en låg kostnad i Sverige. I 13-års perspektivet är den inkrementella kostnadseffektivitetskvoten något högre. Trots att drygt 90 procent av det totala antalet dödsfallen redan hunnits förhindras med tidig kirurgi efter 13 år, se ARR i tabell 5 och figur 3, innebär det ökade antalet vunna QALYs per förebyggd ruptur att den inkrementella kostnadseffektivitetskvoten sjunker ytterligare i livstidsperspektivet jämfört med 13-årsuppföljningen.

Tabell 5. Resultat från modellens skattningar, i svenska kronor år 2014.

	Uppföljning livstid (40 år)	Uppföljning 13 år
ICER (SEK/QALY)	70 796 kr	135 408 kr
Effekt QALYs inbjudna	10,787	7,840
Effekt QALYs kontroll	10,776	7,834
QALYs, per 10 000 inbjudna	106,8	56,3
Absolut riskreduktion i död av AAA per 10 000 inbjudna (ARR)	15,9	14,3
Antal screenade för att förebygga ett dödsfall i AAA (NNS)	503	559
Vunna levnadsår per förebyggt dödsfall i AAA	8,8	5,0
Kostnad per screening-upptäckt fall (inbjudan och undersökning)	12 559 kr	12 559 kr
Kostnad, 10 000 individer inbjudna till screening	21 643 000 kr	
Kostnad, 10 000 individer i kontrollkohort	14 080 000 kr	

AAA: abdominellt aortaaneurysm, bukaortaaneurysm.

Figur 3. Modellskattade nyckelhändelser per år i respektive kohort, per 10 000 individer.



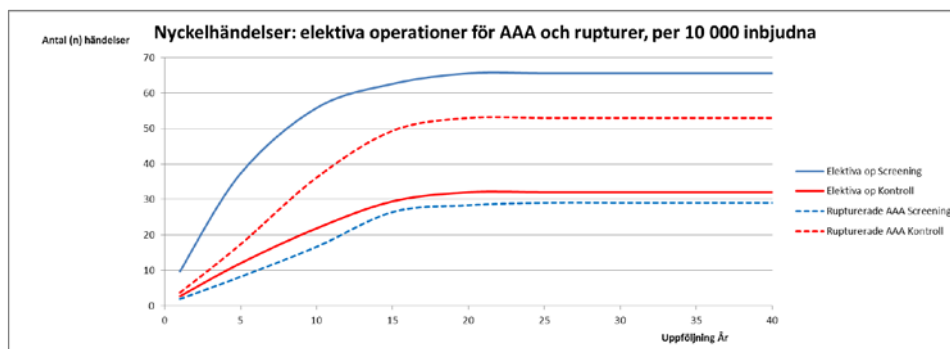
I figur 3 redovisas modellens skattningar av nyckelhändelser i form av elektiva operationer för AAA samt inträffade rupturer. Incidensen av elektiva operationer är hög i screeningkohorten i början av modellanalysen då huvuddelen av bukaortaaneurysmen i populationen upptäckts tidigt, övervakas och blir opererade. Antalet kvarvarande bukaortaaneurysm avtar snabbare i screeningkohorten och operationsincidensen avtar sedan snabbt med stigande ålder då förebyggande kirurgi inte är aktuell. Incidensen av elektiv kirurgi i den icke-screenade kontrollkohorten skattas vara lägre än den i screeningkohorten och ökar med längre uppföljningstid. Även på längre sikt beräknas totalt ett färre antal AAA upptäckas i kontrollkohorten och liksom i screeningkohorten avtar den skattade operationsfrekvensen med stigande ålder.

Antalet kvarvarande bukaortaaneurysm som kan rupturera är högre i kontrollkohorten, som har fler upptäckta bukaortaaneurysm. I båda grupperna skattas dock incidensen avta med åldern, allteftersom andra dödsorsaker ökar.

I figur 4 och tabell 6 visas modellens skattningar av de ackumulerade nyckelhändelserna, så den slutgiltiga skillnaden mellan kohorterna vad gäller antalet elektiva operationer och inträffade rupturer framgår. Efter ca 25 år beräknas skillnaderna ha stabiliserats; antalet utförda elektiva operationer i screeningkohorten är drygt dubbelt så många som i kontrollkohorten. Jämfört med kontrollkohorten skattar modellen att det har inträffat ca 40 procent färre rupturer i den screenade gruppen.

I tabell 6 summeras modellens beräknade nyckelhändelser i livstidsperspektiv. I modellberäkningen förebyggs merparten av dödsfallen i screeninggruppen genom att färre rupturer inträffar bland de screenade. Modellen beräknar en liten reduktion av vinsten i förebyggda dödsfall orsakade av bukaortaaneurysm, då 0,4 individer fler per 10 000 inbjudna till screening avlider vid planerad operation för bukaortaaneurysm.

Figur 4. Modellskattade ackumulerade nyckelhändelser i respektive kohort, per 10 000 individer



Tabell 6. Summering av modellens beräknade nyckelhändelser. Livstidsperspektiv, per 10 000 individer.

	Screening	Kontroll	Skillnad
Inbjudna till screening	10 000	0	+10 000
Screenade	8 000	0	+8 000
Antal bukaortaaneurysm i gruppen vid start	170	170	0
Antal operationer utförda för bukaortaaneurysm	71,9	47,5	+24,4
Antal utförda elektiva operationer	65,2	30,9	+34,2
Antal utförda operationer för ruptur	6,7	16,6	-9,9
Antal döda, av bukaortaaneurysm	24,6	40,5	-15,9
Antal döda under elektiv operation	0,9	0,5	+0,4
Antal döda, av ruptur	23,8	40,1	-16,3

Känslighetsanalys

Känslighetsanalys 1: Svenskt prevalensspektrum och 2: Lågsta prevalens för kostnadseffektivitet

I känslighetsanalys 1 över ett svenskt prevalensspektrum på 1,2 – 2,8 procent förblir den inkrementella kostnadseffektivitetsknoten (ICER) inom ramen för låg kostnad per QALY i ett livstidsperspektiv, se tabell 7. Vid 13 års uppföljning ligger den inkrementella kostnadseffektivitetsknoten i det nedre spannet av måttlig kostnad per QALY.

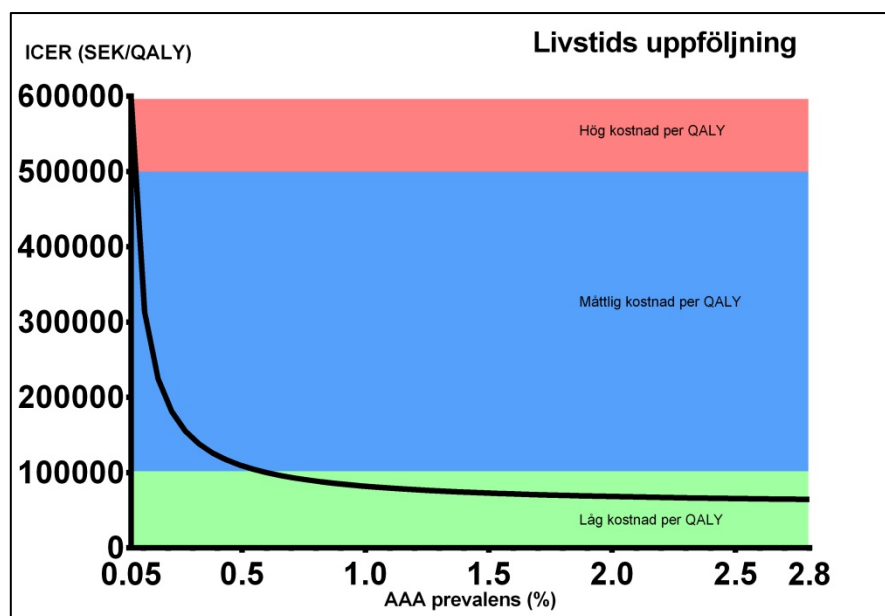
I känslighetsanalys 2, med ett bredare prevalensspektrum på 0,05 - 2,8 procent är ICER relativt okänslig ned till strax under 0,4 procents prevalens, varefter kostnaden snabbt stiger. Vid prevalenser under 0,5 procent skattas kostnaden per QALY bli måttlig, tabell 7 och figur 5. Vid 13 års uppföljning blir kostnaden hög per QALY vid prevalenser kring 0,1 procent, figur 6. Vid prevalenser nära 0 blir antalet screenade per förebyggt dödsfall mycket högt och följaktligen blir riskminskningen negligerbar, vilket påverkar kostnadseffektiviteten kraftigt.

Tabell 7. Känslighetsanalyser 1-2. Svenskt prevalensspektrum och lägsta prevalens för kostnadseffektivitet. Per 10 000 inbjudna individer.

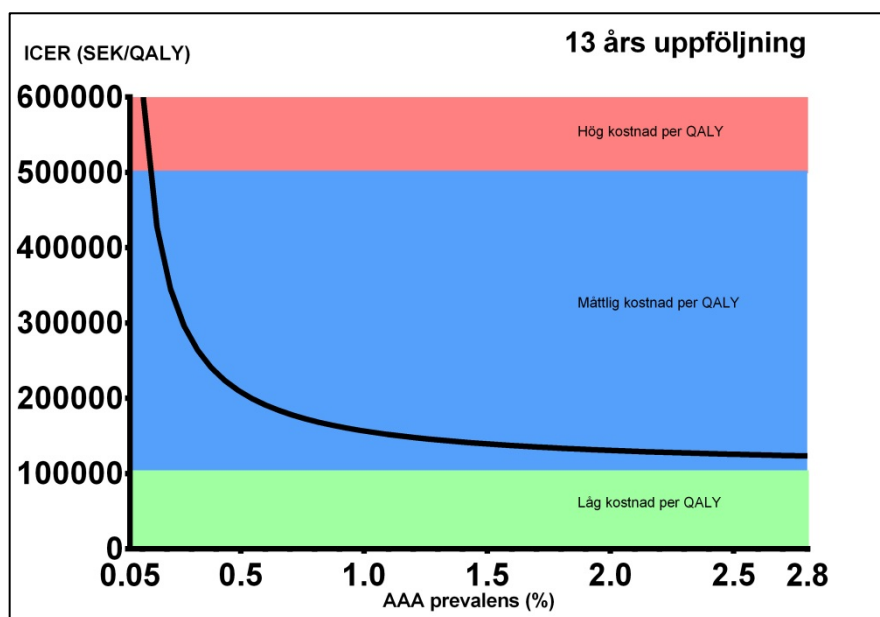
	Prevalens AAA (%)	Vunna QALYs	ICER (SEK/QALY)	ARR	NNS
Känslighetsanalys 1. Svenskt prevalensspektrum					
Livstids uppföljning	1,2	75,4	77 458	11,6	690
	2,8	176	64 516	26,7	300
Uppföljning, 13 år	1,2	39,7	148 060	9,9	808
	2,8	92,6	123 479	24,2	331
Känslighetsanalys 2. Lägsta prevalens för kostnadseffektivitet					
Livstids uppföljning	0,05	3,1	598 385	0,5	16 000
	2,8	176	64 516	26,7	300
Uppföljning, 13 år	0,05	1,7	1 137 461	0,4	20 000
	2,8	92,6	123 479	24,2	331

ARR: absolut riskreduktion i död orsakad av bukaortaaneurysm genom inbjudan till screening. NNS, number needed to screen: antalet individer som behöver screenas för att förebygga ett dödsfall orsakat av bukaortaaneurysm.

Figur 5. Känslighetsanalys 2. Den inkrementella kostnadseffektivitetsknoten som en funktion av prevalensen av screeningupptäckta bukaortaaneurysm i populationen när denna närmar sig 0%. Livstidsperspektiv.



Figur 6. Känslighetsanalys 2. Den inkrementella kostnadseffektivitetskvoten som en funktion av prevalensen av screeningupptäckta bukaortaaneurysm i populationen när denna närmar sig 0%. 13 års-perspektiv.



Tabell 8. Utfall av känslighetsanalyser 3-6.

	Vunna QALYs	ICER (kronor per QALY)
Basresultat	106,8	70 796
Känslighetsanalys 3. Temporärt sänkt livskvalitet postoperativt		
Sänkt postoperativ livskvalitet	105,6	71 643
Känslighetsanalys 4. Samhällsperspektiv på vissa screeningrelaterade kostnader		
Samhällsperspektiv		90 272
Känslighetsanalys 5. Fortsatt höga kostnader för EVAR postoperativt vid längre uppföljning		
Fortsatt hög kostnad EVAR postoperativt		72 205
Känslighetsanalys 6. Diskonteringsränta 0 - 5%		
Diskontering 0%		49 044
Diskontering 5%		88 320

Känslighetsanalyser 3-6: Temporärt sänkt livskvalitet postoperativt, samhällsperspektiv på vissa screeningrelaterade kostnader, fortsatt höga kostnader för EVAR postoperativt vid längre uppföljning och diskonteringsränta 0 - 5 procent.

Samtliga resultat av känslighetsanalyserna 3-6 redovisas i tabell 8. En sänkning av livskvaliteten i det postoperativa skedet till bukaortaaneurysmkirurgi påverkar inte ICER i någon betydande omfattning. Inkludering av kostnader för resor och tidsåtgång för den screenade individen höjer ICER med 19 476 SEK, men den förblir inom ramen för låg kostnad per QALY. Med högre

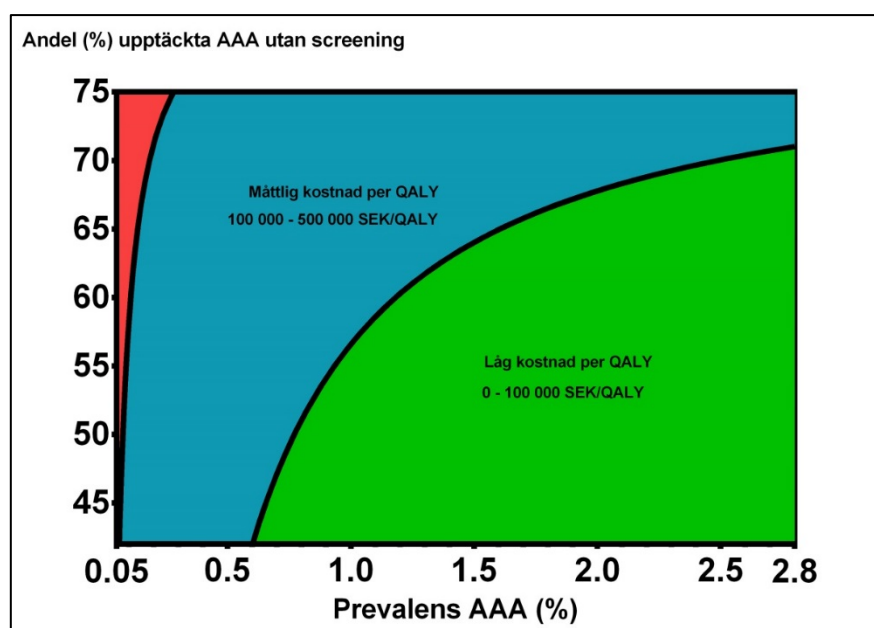
kostnad för EVAR i det postoperativa förloppet stiger ICER något. Kvoten ökar med ca 40 000 kronor vid ökning av diskonteringen från 0 till 5 procent.

Känslighetsanalys 7: Ökad upptäckt av AAA i befolkningen utan screening.

I figur 7 visas tvåvägs-analysen av prevalens (0,05 - 2,8 procent) och andel av upptäckta bukaortaaneurysm utan screening (42-75 procent) vid Socialstyrelsens tröskelvärden på 100 000 och 500 000 kronor per QALY.

I base-case antas 42 procent av bukaortaaneurysmen upptäckas utan screening och prevalensen är 1,7 procent. Andelen upptäckta AAA utan screening i nutida Sverige kan antas vara 1,5ggr den i base-case, dvs. 63 procent (42% x 1,5) [12]. Med den graden av upptäckt går, enligt figur 10, kostnaden per QALY från låg till måttlig vid en prevalens som understiger 1,4 procent. En hög kostnad nås vid en prevalens som understiger 0,1 procent. I base-case med en andel på 42 procent som upptäcks utan screening är motsvarande prevalensnivåer 0,6 respektive 0,06 procent.

Figur 7. Känslighetsanalys 7. Tvåvägs-analys av prevalensen av bukaortaaneurysm och andelen upptäckta bukaortaaneurysm i befolkningen utan screening.



8. Värsta fall-scenari

I den multivariata värsta fall-känslighetsanalysen skattas antalet vunna QALY minska och ICER därmed stiga till 135 615 kronor, se tabell 9. Kostnadseffektiviteten påverkas mest av en ökad andel aneurysm som upptäcks utan screening, vilket minskar antalet rupturer som kan förebyggas av screening, och som reflekteras i lägre antal vunna QALYs och högre kostnad per QALY. Därefter påverkas kostnaderna mest av ett samhällsperspektiv. Övriga faktorer i analysen har blygsam effekt på ICER. Den inkrementella kost-

nadseffektivitetskvoten hamnar strax ovan tröskelvärde för låg kostnad per QALY. Även med flera samverkande faktorer som talar mot screening skattas en ICER som indikerar att bukaortascreening bland 65-åriga män är kostnadseffektivt.

Tabell 9. Känslighetsanalys 8: Värsta fall-scenario.

	Vunna QALYs	ICER (kronor per QALY)
Känslighetsanalys 8. Värsta fall-scenario		
Basresultat	106,8	70 796
Värsta fall-scenario	53,1	135 615

Diskussion

Denna rapport har visat att bukaortascreening bland 65-åriga män är kostnadseffektivt. Resultatet baseras på en systematisk litteraturgranskning av de senaste 10 årens internationella hälsoekonomiska studier och på en särskilt genomförd analys i en skattningsmodell som innehåller de senaste svenska tillgängliga uppgifterna. Resultatet från litteraturgranskningen och modellanalysens känslighetsanalyser visar att det är mycket osannolikt att de nutida svenska screeningprogrammen medför en kostnad per QALY som överstiger 500 000 kronor, vilket är Socialstyrelsens gräns för en måttlig kostnad per QALY. Den känslighetsanalys som kombinerade alla viktiga faktorer som talar emot screeningprogrammet, en så kallad värsta-fallet scenario, gav ett resultat på cirka 135 000 kronor per QALY. Detta scenario är mycket osannolikt. Studiens huvudresultat är en kostnad på ca 70 000 kronor per QALY i ett hälso- och sjukvårdsperspektiv, och ca 90 000 kronor per QALY i ett samhällsperspektiv.

Flera känslighetsanalyser har utförts för att testa hur robust modellens skattning av kostnadseffektiviteten var vid förändringar i parametrar som kan motverka värdet av screening. I envägs-känslighetsanalyser testades effekten av variation av prevalensen. Med gällande svensk prevalens var utfallet är robust och kostnaden per QALY förblev låg; då beräknas 100 dödsfall i bukaortaaneurysm förebyggas årligen. Vid lägre prevalenser, kring 0,4 procent, ökade kostnaden snabbt med sjunkande prevalens och växlade till en hög kostnad per QALY vid 0,1 procent. Nivån 0,4 procent skulle motsvara en minskning till en tredjedel av nutida rapporterad prevalens, och 0,1 procent till en knapp tiondel. Som jämförelse har en halvering av prevalensen hos svenska 65-åriga män observerats under loppet av de senaste 20-30 åren [37]. Sannolikt är förklaringen till en utebliven höjning av kostnadseffektivitetskvoten en ökad livslängd i den screenade befolkningen samt att den förebyggande kirurgin utförs med lägre mortalitet. Hälsovinsten blir därmed ändå betydande och kostnaderna per vunnet QALY fortsatt låga.

Av litteratursökningen framgick att lägre prevalens och högre grad av upptäckt av bukaortaaneurysm utan screening leder till betydande höjning av kostnaden per QALY vid screening [12, 25, 26, 30, 31]. Det bekräftades av denna rapportens modellanalys. Med avsikt att testa nedre gränsen för kostnadseffektivitet kombinerades dessa två mest betydelsefulla faktorer, prevalens och grad av upptäckt utan screening, i en tvåvägs tröskelanalys. Med dagens prevalens kring 1,7 procent bibehålls en låg kostnad med upp till en 50-procentig ökning av upptäckten av bukaortaaneurysm via andra undersökningar i befolkningen än ultraljudsscreening. Vid lägre prevalenser och högre upptäckt än det övergår kostnaden till måttlig nivå. Vid en grad av upptäckt utan screening på 75 procent, i praktiken en grad av upptäckt som närmar sig den vid screening, blir kostnaden hög, över 500 000 kronor per QALY, vid ungefär 0,1 procent i prevalens. Den graden av upptäckt utan screening får dock anses osannolik. Även om kostnaden vid prevalens strax över 0,1 procent inte klassas som hög, så blir den sjukdomsförebyggande effekten av screening i befolkningen vid den nivån negligerbar då endast

totalt 3-4 dödsfall per år skulle förebyggas i hela Sverige. Vid sådana prevalensnivåer kan därför screening sannolikt ifrågasättas oavsett kostnad.

I en tid av dramatisk förändring av bukaortaaneurysms epidemiologi och samtidigt införande av nya operationsmetoder är en uppdaterad hälsoekonomisk utvärdering av screening för bukaortaaneurysm oundgänglig. I frånvaro av moderna randomiserade studier är också beräkningar på den sjukdomsförebyggande effekten av screeningprogrammen viktiga för att erhålla skattningar på förändringar i resursbehov. I denna rapport har särskild vikt har lagts vid att också rapportera modellanalysens utfall (nyckelhändelser) i antalet förväntade planerade och akuta operationer för bukaortaaneurysm liksom det beräknade antalet förebyggda dödsfall.

I Sverige uppgår årskullarna av 65-åriga män varje år till ca 60 000 individer. I en summering av nyckelhändelser i modellanalysen framgår att ca 100 dödsfall i bukaortaaneurysm årligen beräknas förebyggas genom att bjuda in 65-åriga män till screening. De ökade årliga hälso- och sjukvårdskostnaderna för denna screening beräknas uppgå till ca 44 miljoner kronor. Operationer för bukaortaaneurysm ökar med 50 procent i den inbjudna gruppen. I screeninggruppen halveras behovet av akuta rupturoperationer och för varje förebyggt dödsfall krävs i den screenade gruppen 2 ytterligare planerade operationer. Med hjälp av förhållandena i MASS [33] och modelldata beräknas att en man med ett bukaortaaneurysm som screeningundersöks sänker sin risk att avlida i sitt bukaortaaneurysm från 23,85 procent till 12,3 procent jämfört med en man som inte screenas (48 procents riskreduktion). Analyseras istället utifrån intention-to-treat beräknas att en inbjudan till screening där 80 procent av männen låter undersöka sig leder till en 39-procentig riskreduktion för död i bukaortaaneurysm jämfört med män som inte inbjuds till screening. Om förebyggande kirurgi analyseras separat visar modellskattningen att i Sverige kommer årligen 2 individer fler avlida vid planerad kirurgi till följd av den ökade omfattningen av förebyggande screening-relaterad kirurgi. Dessa svenska och nutida uppgifter om förväntad riskreduktion och risk med förebyggande operation får anses vara viktiga för utformning av patientinformation.

Styrkan i denna hälsoekonomiska utvärdering utgörs av samstämmigheten i modellanalyserna som framkommit i den systematiska litteratursökningen, där närmast samtliga indikerar en låg till måttlig kostnad per vunnet QALY. Därtill är resultatet i SBU:s modellanalys robust för omfattande känslighetsanalyser. Vidare är modellen som använts i modellanalysen validerad mot randomiserade data [12, 52] och skattas till hög kvalitet i SBU:s kvalitetsgranskning. Modellanalysen är byggd på nutida och för svenska förhållanden relevanta data från randomiserade och populationsbaserade studier som specifikt analyserat populationer som screenas för bukaortaaneurysm.

Denna utvärdering har flera begränsningar. Även om samstämmigheten i tidigare modellanalyser är stor redovisar flera studier basresultat från populationer med en historisk högre prevalens. Risk för att övervärdera screeningens riskreduktion får därmed beaktas även om känslighetsanalyser gjorts i flertalet studier. SBU:s modellanalys bygger på naturalförloppsdata från MASS-studien [33] som studerade en något äldre population där möjligen färre individer med bukaortaaneurysm kvalificerade sig för förebyggande operation jämfört med nuvarande kohorter av screenade 65-åriga män. Det

kan underskatta riskreduktionen i ett modernt screeningprogram. I brist på svenska data från långtidsuppföljning av screening är storleken på denna undervärdering svår att beräkna. Graden av upptäckt av bukaortaaneurysm i samhället utan screening är bristfälligt känd och specifika studier saknas. Beräkningar av denna mycket viktiga faktor med påverkan på kostnadseffektiviteten kommer sannolikt att förbli svår pga av den epidemiologiska förändring som nu observeras för bukaortaaneurysm. Känslighetsanalysen för denna faktor har därför haft breda testintervall.

I avsaknad av kännedom om statistisk distribution för flertalet ingångsparametrar i modellanalysen har vi avstått från en probabilistisk känslighetsanalys. Emellertid kan det uppvägas av omfattande spektrum i flera känslighetsanalyser med genomgående robusta resultat. En probabilistisk känslighetsanalys skulle endast bekräfta resultatet att bukaortascreening med mycket stor sannolikhet är kostnadseffektivt vid en betalningsvilja på 100 000 kronor per QALY, vilket motsvarar Socialstyrelsens tröskelvärde för en låg kostnad per QALY.

Slutsats: Internationella studier och modellanalys med nutida svenska data visar att bukaortascreening bland män 65 år är kostnadseffektivt, med en kostnad per QALY som tydligt ligger under 500 000 kronor.

Referenser

1. Cosford, PA, Leng, GC. Screening for abdominal aortic aneurysm. The Cochrane database of systematic reviews. 2007; (2):CD002945.
2. Ferket, BS, Grootenboer, N, Colkesen, EB, Visser, JJ, van Sambeek, MR, Spronk, S, et al. Systematic review of guidelines on abdominal aortic aneurysm screening. Journal of vascular surgery. 2012; 55(5):1296-304.
3. Liss, PE, Lundgren, F. [Ethical reasons motivate screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men. Aneurysm-related mortality can be halved]. Lakartidningen. 2005; 102(32-33):2216-9.
4. Ravn, H, Einarsson, E, Stubberod, A, Wellander, E, Duncker, L. [Screening for aortic aneurysm can be performed at community health centers. Time and cost-efficient examination with high participation rate in scarcely populated areas]. Lakartidningen. 2007; 104(9):664-5.
5. Swedenborg, J, Bjorck, M, Wanhainen, A, Bergqvist, D. [Screening for abdominal aortic aneurysm saves lives at a reasonable cost]. Lakartidningen. 2003; 100(21):1886-91.
6. SBU. Screening for abdominal aortic aneurysm (Structured abstract). Health Technology Assessment Database: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2008. s. 12.
7. Wanhainen, A, Bjorck, M. The Swedish experience of screening for abdominal aortic aneurysm. Journal of vascular surgery. 2011; 53(4):1164-5.
8. Hager, J, Lanne, T, Carlsson, P, Lundgren, F. Lower prevalence than expected when screening 70-year-old men for abdominal aortic aneurysm. European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery. 2013; 46(4):453-9.
9. Svensjo, S, Bjorck, M, Wanhainen, A. Update on screening for abdominal aortic aneurysm: a topical review. European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery. 2014; 48(6):659-67.
10. Von Allmen, RS, Powell, JT. The management of ruptured abdominal aortic aneurysms: screening for abdominal aortic aneurysm and incidence of rupture. The Journal of cardiovascular surgery. 2012; 53(1):69-76.
11. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för diabetesvården. Bilaga Metodbeskrivning. Hämtad 150240 från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/nr-diabetes-metodbeskrivning.pdf>. 2015.
12. Svensjo, S, Mani, K, Bjorck, M, Lundkvist, J, Wanhainen, A. Screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men remains cost-effective with contemporary epidemiology and management. European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery. 2014; 47(4):357-65.
13. Socialstyrelsen. Nationella screeningprogram. Modell för bedömning, införande och uppföljning. Hämtad 150420 från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19360/2014-2-16.pdf>. 2014.

14. NICE. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Guide to the Methods of Technology Appraisal. Issue date: June 2008. www.nice.org.uk.
15. Giardina, S, Pane, B, Spinella, G, Cafueri, G, Corbo, M, Brasseur, P, et al. An economic evaluation of an abdominal aortic aneurysm screening program in Italy. *Journal of vascular surgery*. 2011; 54(4):938-46.
16. Ashton, HA, Buxton, MJ, Day, NE, Kim, LG, Marteau, TM, Scott, RA, et al. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2002; 360(9345):1531-9.
17. Lindholt, JS, Juul, S, Fasting, H, Henneberg, EW. Screening for abdominal aortic aneurysms: single centre randomised controlled trial. *BMJ*. 2005; 330(7494):750.
18. Kim, LG, RA, PS, Ashton, HA, Thompson, SG. A sustained mortality benefit from screening for abdominal aortic aneurysm. *Annals of internal medicine*. 2007; 146(10):699-706.
19. Thompson, SG, Ashton, HA, Gao, L, Scott, RAP, Author, A, Biostatistics, MRC, et al. Screening men for abdominal aortic aneurysm: 10 Year mortality and cost effectiveness results from the randomised Multicentre Aneurysm Screening Study. *Bmj*. 2009; (2009) 338(7710):1538.
20. Lindholt, JS, Juul, S, Fasting, H, Henneberg, EW. Cost-effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on five year results from a randomised hospital based mass screening trial. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2006; 32(1):9-15.
21. Lindholt, JS, Sorensen, J, Sogaard, R, Henneberg, EW. Long-term benefit and cost-effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms from a randomized controlled trial. *The British journal of surgery*. 2010; 97(6):826-34.
22. Kim, LG, Thompson, SG, Briggs, AH, Buxton, MJ, Campbell, HE. How cost-effective is screening for abdominal aortic aneurysms? *Journal of medical screening*. 2007; 14(1):46-52.
23. Badger, SA, Jones, C, Murray, A, Lau, LL, Young, IS. Implications of attendance patterns in Northern Ireland for abdominal aortic aneurysm screening. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2011; 42(4):434-9.
24. Ehlers, L, Overvad, K, Sorensen, J, Christensen, S, Bech, M, Kjolby, M. Analysis of cost effectiveness of screening Danish men aged 65 for abdominal aortic aneurysm. *Bmj*. 2009; 338:b2243.
25. Glover, MJ, Kim, LG, Sweeting, MJ, Thompson, SG, Buxton, MJ. Cost-effectiveness of the National Health Service Abdominal Aortic Aneurysm Screening Programme in England. *The British journal of surgery*. 2014; 101(8):976-82.
26. Spronk, S, van Kempen, BJ, Boll, AP, Jorgensen, JJ, Hunink, MG, Kristiansen, IS. Cost-effectiveness of screening for abdominal aortic aneurysm in the Netherlands and Norway. *The British journal of surgery*. 2011; 98(11):1546-55.
27. Sogaard, R, Laustsen, J, Lindholt, JS. Cost effectiveness of abdominal aortic aneurysm screening and rescreening in men in a modern context: evaluation of a hypothetical cohort using a decision analytical model. *Bmj*. 2012; 345:e4276.

28. Wanhainen, A, Lundkvist, J, Bergqvist, D, Bjorck, M. Cost-effectiveness of different screening strategies for abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery*. 2005; 41(5):741-51; discussion 51.
29. Wanhainen, A, Lundkvist, J, Bergqvist, D, Bjorck, M. Cost-effectiveness of screening women for abdominal aortic aneurysm. *Journal of vascular surgery*. 2006; 43(5):908-14; discussion 14.
30. Montreuil, B, Brophy, J. Screening for abdominal aortic aneurysms in men: a Canadian perspective using Monte Carlo-based estimates. *Canadian journal of surgery Journal canadien de chirurgie*. 2008; 51(1):23-34.
31. Henriksson, M, Lundgren, F. Decision-analytical model with lifetime estimation of costs and health outcomes for one-time screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men. *The British journal of surgery*. 2005; 92(8):976-83.
32. Thompson, S, Kim, L, Gao, L. Abdominal aortic aneurysm. Comparing studies for cost effectiveness of screening. *Bmj*. 2009; 339:b3044.
33. Thompson, SG, Ashton, HA, Gao, L, Buxton, MJ, Scott, RA. Final follow-up of the Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) randomized trial of abdominal aortic aneurysm screening. *The British journal of surgery*. 2012; 99(12):1649-56.
34. Swedvasc. Swedvasc, The Swedish National Registry for Vascular Surgery, www.ucr.uu.se/swedvasc Accessed March 2013. Hämtad från:
35. Moll, FL, Powell, JT, Fraedrich, G, Verzini, F, Haulon, S, Waltham, M, et al. Management of abdominal aortic aneurysms clinical practice guidelines of the European society for vascular surgery. *European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery*. 2011; 41 Suppl 1:S1-S58.
36. Greenhalgh, RM, Brown, LC, Powell, JT, Thompson, SG, Epstein, D, Sculpher, MJ. Endovascular versus open repair of abdominal aortic aneurysm. *The New England journal of medicine*. 2010; 362(20):1863-71.
37. Svensjo, S, Bjorck, M, Gurtelschmid, M, Djavani Gidlund, K, Hellberg, A, Wanhainen, A. Low prevalence of abdominal aortic aneurysm among 65-year-old Swedish men indicates a change in the epidemiology of the disease. *Circulation*. 2011; 124(10):1118-23.
38. SCB. Statistiska Centralbyrån (Statistics Sweden) www.scb.se. Hämtad från:
39. Mani, K, Bjorck, M, Lundkvist, J, Wanhainen, A. Improved long-term survival after abdominal aortic aneurysm repair. *Circulation*. 2009; 120(3):201-11.
40. Stiegmann, GV, Goff, JS, Mansour, A, Pearlman, N, Reveille, RM, Norton, L. Precholecystectomy endoscopic cholangiography and stone removal is not superior to cholecystectomy, cholangiography, and common duct exploration. *American journal of surgery*. 1992; 163(2):227-30.
41. Ultrasound screening for abdominal aortic aneurysm: an evidence-based analysis. *Ontario health technology assessment series*. 2006; 6(2):1-67.
42. Duncan, JL, Harrild, KA, Iversen, L, Lee, AJ, Godden, DJ. Long term outcomes in men screened for abdominal aortic aneurysm: prospective cohort study. *BMJ*. 2012; 344:e2958.
43. Powell, JT, Brown, LC, Forbes, JF, Fowkes, FG, Greenhalgh, RM, Ruckley, CV, et al. Final 12-year follow-up of surgery versus

- surveillance in the UK Small Aneurysm Trial. The British journal of surgery. 2007; 94(6):702-8.
44. Newman, AB, Arnold, AM, Burke, GL, O'Leary, DH, Manolio, TA. Cardiovascular disease and mortality in older adults with small abdominal aortic aneurysms detected by ultrasonography: the cardiovascular health study. Annals of internal medicine. 2001; 134(3):182-90.
 45. Hultgren, R, Granath, F, Swedenborg, J. Different disease profiles for women and men with abdominal aortic aneurysms. European journal of vascular and endovascular surgery : the official journal of the European Society for Vascular Surgery. 2007; 33(5):556-60.
 46. Freiberg, MS, Arnold, AM, Newman, AB, Edwards, MS, Kraemer, KL, Kuller, LH. Abdominal aortic aneurysms, increasing infrarenal aortic diameter, and risk of total mortality and incident cardiovascular disease events: 10-year follow-up data from the Cardiovascular Health Study. Circulation. 2008; 117(8):1010-7.
 47. Burstrom, K, Johannesson, M, Diderichsen, F. Swedish population health-related quality of life results using the EQ-5D. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation. 2001; 10(7):621-35.
 48. Mani, K, Bjorck, M, Lundkvist, J, Wanhainen, A. Similar cost for elective open and endovascular AAA repair in a population-based setting. Journal of endovascular therapy : an official journal of the International Society of Endovascular Specialists. 2008; 15(1):1-11.
 49. Epstein, D, Sculpher, MJ, Powell, JT, Thompson, SG, Brown, LC, Greenhalgh, RM. Long-term cost-effectiveness analysis of endovascular versus open repair for abdominal aortic aneurysm based on four randomized clinical trials. The British journal of surgery. 2014; 101(6):623-31.
 50. Trafikanalys. Priser i regional kollektivtrafik i Sverige och EU 2014. Rapport 2014:15. 2014.
 51. Trafikverket. Samhällsekonomiska kalkylvärden. Bilaga till Trafikverkets "Beräkningsmetodik och gemensamma förutsättningar i transportsektorns samhällsekonomiska analyser". Hämtad 150420 från <http://www.trafikverket.se/Foretag/Planera-och-utreda/Planerings--och-analysmetoder/Samhallsekonomisk-analys-och-trafikanalys/Gallande-forutsattningar-och-indata/>. 2015.
 52. Kim, LG, Thompson, SG. Uncertainty and validation of health economic decision models. Health economics. 2010; 19(1):43-55.
 53. Davis, M, Harris, M, Earnshaw, JJ. Implementation of the National Health Service Abdominal Aortic Aneurysm Screening Program in England. Journal of vascular surgery. 2013; 57(5):1440-5.
 54. Henriksson, ML, F. Screening for pulsåderbräck i buken -en hälsoekonomisk utvärdering. Linköping: CMT, Linköping university; 2004.

Litteratursökningens metod och resultat

Sökstrategier

Sökstrategier inklusive databaser.

Title: Health economics: Screening for abdominal aortic aneurysm. Cochrane Library via Wiley (CDSR, DARE & CENTRAL), CRD Databases (DARE; HTA Database, NHS EED) 03 February 2015.

Search terms		Items found
Cochrane Library		
Abdominal aortic aneurysm		
1	[mh ^"aortic aneurysm"] or [mh "aortic aneurysm, abdominal"] or [mh "aortic rupture"] or aortic next/1 aneurysm* or aortic next/1 aneurism* or abdom* near/4 aneurysm* or aortic near/4 ruptur* or aaa:ti,ab,kw	1216
Mass screening		
2	[mh "mass screening"] or test* or screen* or detect*:ti,ab,kw	222258
Combined sets		
3	1 AND 2	CDSR/67 DARE/41 CRM/3 HTA/15 EED/56
CRD databases		
Abdominal aortic aneurysm		
4	MeSH DESCRIPTOR Aortic Rupture EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Aortic Aneurysm, Abdominal EXPLODE ALL TREES OR MeSH DESCRIPTOR Aortic Aneurysm EXPLODE ALL TREES OR ("aortic aneurysm" OR "aortic aneurysms" OR "abdominal aneurysm" OR aaa OR "aortic rupture" OR "aortic aneurysm rupture")	362
Mass screening		
5	MeSH DESCRIPTOR Mass Screening EXPLODE ALL TREES OR test* OR screen*	20638
Combined Results		
6	16 AND 17	145

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

Cochrane Library

[mh] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[mh ^] = Term from the Medline controlled vocabulary, without terms found below this term in the MeSH hierarchy

[ti,ab,kw] = Title or abstract or keywords

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

CDSR = Cochrane Database of Systematic Review

CENTRAL = Cochrane Central Register of Controlled Trials, "trials"

CRM = Method Studies

DARE = Database Abstracts of Reviews of Effects, "other reviews"

EED = Economic Evaluations

HTA = Health Technology Assessments

CRD databases

MeSH DESCRIPTOR... EXPLODE ALL TREES = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase

**Title: Health economics: Screening for abdominal aortic aneurysm. Em-
base via Elsevier 21 January/3 February 2015.**

Search terms		Items found
Population: Abdominal aortic aneurysm		
1	'aorta aneurysm'/de/mj OR 'abdominal aorta aneu- rysm'/exp/mj OR 'aorta rupture'/exp/mj	30099
2	(aortic NEXT/1 aneurysm*) OR (aortic NEXT/1 aneurism*) OR (abdominal NEXT/1 aneurysm*) OR (aortic NEXT/3 ruptur*) OR aaa:de,ab,ti	36934
3	1 OR 2	46610
Intervention: Mass screening		
4	'mass screening'/exp/mj	57800
5	(test OR tests OR testing OR screen OR screening OR detect OR detection):de,ab,ti	3942174
6	4 OR 5	3942174
Combined sets		
7	3 AND 6	6264
Limits		
8	([article]/lim OR [article in press]/lim OR [review]/lim) AND [embase]/lim	
Health economic aspects (search strategy based on NHS EED search filter)		
9	'health economics'/de OR 'economic evaluation'/exp OR 'health care cost'/exp OR 'pharmacoeconomics'/exp OR econom*:ab,ti OR cost:ab,ti OR costs:ab,ti OR costly:ab,ti OR costing:ab,ti OR price:ab,ti OR prices:ab,ti OR pricing:ab,ti OR pharmacoeconomic*:ab,ti OR (expenditure*:ab,ti NOT ener- gy:ab,ti) OR (value NEXT/2 money):ab,ti OR budget*:ab,ti NOT ((metabolic NEXT/2 cost):ab,ti OR ((energy OR oxygen) NEXT/2 cost):ab,ti OR ((energy OR oxygen) NEAR/2 expenditure):ab,ti)	937843
10	7 AND 9	509
11	10 AND 8	296

/de= Term from the EMTREE controlled vocabulary

/exp= Includes terms found below this term in the EMTREE hierarchy

/mj= Major Topic

:ab = Abstract

:au = Author

:ti = Article Title

:ti:ab = Title or abstract

* = Truncation

" " = Citation Marks; searches for an exact phrase " " = Citation Marks; searches for an exact phrase

Title: Health economics: Screening for abdominal aortic aneurysm . Pub-Med via NLM 29 January 2015.

Search terms		Items found
Abdominal aortic aneurysm		
1.	"Aortic Aneurysm"[Mesh:NoExp] OR "Aortic Aneurysm, Abdominal"[Mesh] OR "Aortic Rupture"[Mesh]	36191
2.	aortic aneurysm*[Title/Abstract] OR aortic aneurysm*[Title/Abstract] OR abdominal aneurysm*[Title/Abstract] OR aaa[Title/Abstract] OR aortic rupture*[Title/Abstract] OR aortic aneurysm rupture*[Title/Abstract]	28415
3.	1 OR 2	46766
Intervention: screening		
4.	"Mass Screening"[Mesh]	101216
5.	test[Title/abstract] OR tests[Title/abstract] OR testing[Title/abstract] OR screening[Title/Abstract] OR screen[Title/Abstract] OR detect[Title/Abstract] OR detection[Title/Abstract]	2520491
6.	4 OR 5	2545895
Combined sets		
7.	3 AND 6	4520
Health economic aspects (filter: based on NHS EED medline)		
8.	((("Economics"[Mesh:NoExp] OR "Costs and Cost Analysis"[Mesh] OR "Economics, Dental"[Mesh] OR "Economics, Hospital"[Mesh] OR "Economics, Medical"[Mesh] OR "Economics, Nursing"[Mesh] OR "Economics, Pharmaceutical"[Mesh] OR economic*[Title/Abstract] OR cost[Title/Abstract] OR costs[Title/Abstract] OR costly[Title/Abstract] OR costing[Title/Abstract] OR price[Title/Abstract] OR prices[Title/Abstract] OR pricing[Title/Abstract] OR pharmacoeconomic*[Title/Abstract] OR "value for money"[Title/Abstract] OR budget*[Title/Abstract] OR (expenditure*[Title/Abstract] NOT energy[Title/Abstract])) NOT (energy cost[Title/Abstract] OR oxygen cost[Title/Abstract] OR metabolic cost[Title/Abstract] OR energy expenditure[Title/Abstract] OR oxygen expenditure[Title/Abstract]))	627029
9.	7 AND 8	375

The search result, usually found at the end of the documentation, forms the list of abstracts.

[MeSH] = Term from the Medline controlled vocabulary, including terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MeSH:NoExp] = Does not include terms found below this term in the MeSH hierarchy

[MAJR] = MeSH Major Topic

[TIAB] = Title or abstract

[TI] = Title

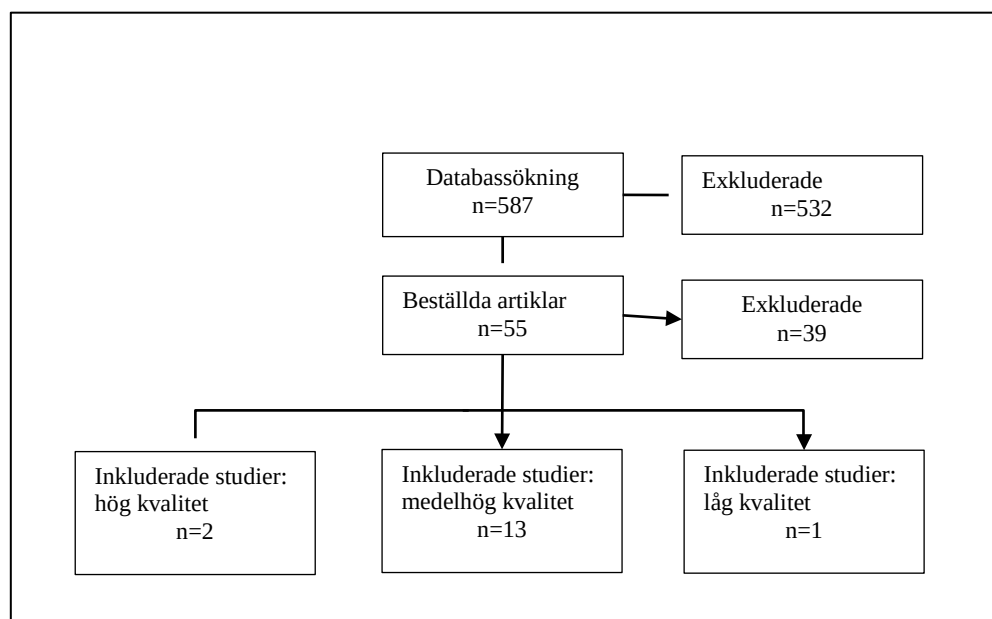
[AU] = Author

[TW] = Text Word

Systematic[SB] = Filter for retrieving systematic reviews

* = Truncation

Flödesschema över litteraturgranskningen



Exkluderade studier

Studie	Exklusions-orsak
Multicentre aneurysm screening study (MASS): cost effectiveness analysis of screening for abdominal aortic aneurysms based on four year results from randomised controlled trial (Structured abstract). In: Bmj; 2002. p 1135-1138.	Tidsperiod
Screening for abdominal aortic aneurysm - a health economic assessment (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Center for Medical Technology Assessment (CMT); 2004.	Dublett
Screening for abdominal aortic aneurysm (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2008. p 12.	Publikationstyp
Efficacy and effectiveness of screening for abdominal aortic aneurysm in a population at risk. Cost-effectiveness analysis. Applicability inside the National Healthcare System (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Galician Agency for Health Technology Assessment (AVALIA-T); 2008.	Publikationstyp
Bergqvist D, Bjorck M, Wanhainen A. Abdominal aortic aneurysm--to screen or not to screen. Eur J Vasc Endovasc Surg 2008;35:13-8.	Design
Bergqvist D, Bjorck M, Wanhainen A. Abdominal aortic aneurysm and new WHO criteria for screening. Int Angiol 2013;32:37-41.	Design
Connelly JB, Hill GB, Millar WJ. The detection and management of abdominal aortic aneurysm: a cost-effectiveness analysis. Clin Invest Med 2002;25:127-33.	Tidsperiod
Duncan JL, Wolf B, Nichols DM, Lindsay SM, Cairns J, Godden DJ. Screening for abdominal aortic aneurysm in a geographically isolated area. Br J Surg 2005;92:984-8.	Design
Fleming C, Whitlock E, Beil T, Lederle F. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2005.	Publikationstyp

Flynn K. Guidance for screening for abdominal aortic aneurysms in veterans health administration (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. VA Technology Assessment Program (VATAP); 2005.	Publikationstyp
Guirguis-Blake JM, Beil TL, Senger CA, Whitlock EP. Ultrasonography screening for abdominal aortic aneurysms: a systematic evidence review for the US Preventive Services Task Force (Provisional abstract). In: Annals of Internal Medicine; 2014. p 321-329.	Publikationstyp
Guirguis-Blake JM, Beil TL, Sun X, Senger CA, Whitlock EP. Primary care screening for abdominal aortic aneurysm: a systematic evidence review for the U.S. preventive services task force (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2014.	Publikationstyp
Hobbs S, Claridge M, Drage M, Quick C, Bradbury A, Wilkink A. Strategies to improve the effectiveness of abdominal aortic aneurysm screening programmes. J Med Screen 2004;11:93-6.	Design
Ishikawa S, Takahashi T, Sato Y, Suzuki M, Ohki S, Oshima K, et al. Screening cost for abdominal aortic aneurysms: Japan-based estimates. Surg Today 2004;34:828-31.	Design
Latif AA, Almahameed A, Lauer MS, Author A, Section of Vascular M, Department of Cardiovascular Medicine TCCF, et al. Should we screen for abdominal aortic aneurysms? Cleveland Clinic Journal of Medicine 2006;73:9-22.	Publikationstyp
Lee TY, Korn P, Heller JA, Kilaru S, Beavers FP, Bush HL, et al. The cost-effectiveness of a "quick-screen" program for abdominal aortic aneurysms. Surgery 2002;132:399-407.	Tidsperiod
Leipala J. Cost-effectiveness and effectiveness of abdominal aortic aneurysm screening (Project record). In: Health Technology Assessment Database. Finnish Office for Health Care Technology Assessment (FinOHTA); 2010.	Publikationstyp
Lindholt JS. Abdominal aortic aneurysms. Dan Med Bull 2010;57:B4219.	Publikationstyp
Lindholt JS, Juul S, Fasting H, Henneberg EW. Hospital costs and benefits of screening for abdominal aortic aneurysms. Results from a randomised population screening trial. Eur J Vasc Endovasc Surg 2002;23:55-60.	Tidsperiod
Lindholt JS, Juul S, Fasting H, Henneberg EW. [Cost-benefit analysis of population screening for abdominal aortic aneurism, based on five-year results of a randomised hospital-based screening trial]. Ugeskr Laeger 2006;168:2817-9.	Dublett
Lindholt JS, Juul S, Fasting H, Henneberg EW, Author A, Forskningssektionen, et al. Cost-benefit analysis of population screening for abdominal aortic aneurism, based on five-year results of a randomised hospital-based screening trial ORIGINAL (NON-ENGLISH) TITLE Nytteomkostningsanalyse af populationsscreening for abdominalt aortaaneurisme baseret på fem års resultater af en randomiseret hospitalsbaseret screeningsundersøgelse - Sekundærpublikation. Ugeskrift for Laeger 2006;168:2817-2819.	Dublett
Lindholt JS, Juul S, Fasting H, Vammen S, Henneberg EW, Author A, et al. Hospital costs and benefits of screening for abdominal aortic aneurysms. Results from a randomised population screening trial ORIGINAL (NON-ENGLISH) TITLE Hospitalsomkostninger og nytte af screening for abdominalt aortaaneurisme: Resultater fra en randomiseret screeningsundersøgelse. Ugeskrift for Laeger 2003;165:579-583.	Tidsperiod
Liss PE, Lundgren F. [Ethical reasons motivate screening for abdominal aortic aneurysm in 65-year-old men. Aneurysm-related mortality can be halved]. Lakartidningen 2005;102:2216-9.	Publikationstyp
Maceira Rozas MC, Atienza Merino G, Sampedro Morandeira JL. Efficacy and effectiveness of screening for abdominal aortic aneurysm in a high risk population. Cost-effectiveness analysis. Applicability in the National Health Care Service (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Galician Agency for Health Technology Assessment (AVALIA-T); 2007.	Dublett
Mani K, Alund M, Björck M, Lundkvist J, Wanhainen A. Screening for	Population

abdominal aortic aneurysm among patients referred to the vascular laboratory is cost-effective. Eur J Vasc Endovasc Surg 2010;39:208-16.	
Metcalfe D, Holt PJE, Thompson MM, Author A, Department o, Outcomes Research SGsVISGsH, et al. The management of abdominal aortic aneurysms. Bmj 2011;342:644-649.	Publikationstyp
Michaels JA. Screening for abdominal aortic aneurysms was cost-effective for prolonging survival from AAA-related death in older men. ACP J Club 2003;139:24.	Publikationstyp
Mundy L, Hiller JE. Targeted screening for abdominal aortic aneurysm (Structured abstract). In: Health Technology Assessment Database. Adelaide; Adelaide Health Technology Assessment (AHTA); 2008.	Publikationstyp
Pentikainen TJ, Sipila T, Rissanen P, Soisalon-Soininen S, Salo J. Cost-effectiveness of targeted screening for abdominal aortic aneurysm. Monte Carlo-based estimates. Int J Technol Assess Health Care 2000;16:22-34.	Tidsperiod
Pickhardt PJ, Hassan C, Laghi A, Kim DH. CT colonography to screen for colorectal cancer and aortic aneurysm in the Medicare population: cost-effectiveness analysis. AJR Am J Roentgenol 2009;192:1332-40.	Intervention
Ravn H, Einarsson E, Stubberod A, Wellander E, Duncker L. [Screening for aortic aneurysm can be performed at community health centers. Time and cost-efficient examination with high participation rate in scarcely populated areas]. Lakartidningen 2007;104:664-5.	Design
Soisalon-Soininen S, Rissanen P, Pentikainen T, Mattila T, Salo JA. Cost-effectiveness of screening for familial abdominal aortic aneurysms. Vasa 2001;30:262-70.	Tidsperiod
Swedenborg J, Björck M, Wanhainen A, Bergqvist D. [Screening for abdominal aortic aneurysm saves lives at a reasonable cost]. Lakartidningen 2003;100:1886-91.	Tidsperiod
Swedish Council on Technology Assessment in Health C. Screening for abdominal aortic aneurysm. Stockholm, Swedish Council on Technology Assessment in Health Care (SBU); 2008.	Dublett
Thanos J, Rebeira M, Shragge BW, Urbach D. Vascular ultrasound screening for asymptomatic abdominal aortic aneurysm. Healthc Policy 2008;4:75-83.	Publikationstyp
Thompson S, Kim L, Gao L. Abdominal aortic aneurysm. Comparing studies for cost effectiveness of screening. Bmj 2009;339:b3044.	Publikationstyp
Wanhainen A. [Screening for abdominal aortic aneurysm on a steady ground]. Lakartidningen 2011;108:392-4.	Publikationstyp
Willet LR. ACP Journal Club: Screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) in men 65 to 74 years of age was cost-effective for AAA mortality at 10 years. Ann Intern Med 2009;151:Jc5-15.	Publikationstyp
Wilmink AB, Quick CR, Hubbard CS, Day NE. Effectiveness and cost of screening for abdominal aortic aneurysm: results of a population screening program. J Vasc Surg 2003;38:72-7.	Tidsperiod

Tabeller över inkluderade studier i litteratursökningen

Trial-based economic evaluations comparing screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) among men aged +64 years with no screening.

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost-effectiveness (ICER)	Study quality and transferability* Further information Comments
Kim et al, 2007 [18] UK	CEA based on RCT; MASS 7 year follow-up Men aged 65-74 years No at baseline: I: 33 883 C: 33 887 4 centres in UK, mostly primary care UK health service perspective	I: One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C: No screening, incidentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in USD year 2004-2005 Cost per patient over 7 years I: 251.54 C: 116.72 Difference: 134.82	Effects reported in LYG and life-days, all-cause mortality Life-days I: 2 143.30 C: 2 145.82 Difference: 2.52	Costs per LYG: 19 500 (95% CI 12 400 – 39 800) Screening has a 98% probability to be cost-effective against no screening at a willingness to pay 40 000 per LYG	Moderate quality Moderate transferability to Sweden
Thompson et al, 2009 [19] UK	CEA based on RCT; MASS 10 year follow-up Men aged 65-74 years No at baseline: I: 33 883 C: 33 887 4 centres in UK, mostly primary care UK health service perspective	I: One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C: No screening, incidentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in GBP year 2008-2009 Cost per patient over 10 years I: 208 C: 108 Difference: 100 (95% CI 82 – 118)	Effects reported in LYG and life-days, all-cause mortality I: 2 747.8 C: 2 743.0 Difference: 4.8 life-days (95% CI 2.9 – 6.7)	Costs per LYG: 7 600 (95% CI 5 100 – 13 000)	Moderate quality Moderate transferability to Sweden
Lindholt et al, 2006 [20]	CEA based on RCT; Viborg 5 year follow-up	I: One-time ultrasound screening, surveillance	All costs reported in EUR 2006	Effects reported in LYG	Cost per LYG: 9 057 (95% CI 5 872 –	Moderate quality Moderate transferability

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost- effectiveness (ICER)	Study quality and trans- ferability* Further information Comments
Denmark	Men aged 64-73 years No at baseline: I: 6 333 C: 6 306 Mobile team at district hospital Restricted hospital and screening costing perspec- tive	of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5 cm. AAAs 2.5-2.9 cm re- screened after 3-5 years C=No screening, inci- dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5 cm	Total difference over 5 years: 288 907.68 Per invited person: 45.62	Total difference over 5 years: 31.9 (95% CI 14.4 – 49.2)	20 063)	to Sweden [17]
Lindholt et al, 2010 [21] Denmark	CUA based on RCT; Viborg 14 year follow-up Men aged 64-73 years No at baseline: I: 6 333 C: 6 306 Mobile team at district hospital Restricted hospital and screening costing perspec- tive	I:One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5 cm. AAAs 2.5-2.9 cm re- screened after 5 years C:No screening, inci- dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5 cm	All costs reported in EUR 2007 Screening costs per invited person: 28 I: 311 (95% CI 255 – 366) C: 298 (95% CI 231 – 366)	Effects reported in QALYs I: 7.31 (95% CI 7.24 – 7.37) C: 7.24 (95% CI 7.17 – 7.30)	Cost per QALY: 179 (95% CI -4 083 – 4 682) Screening has over a 97% probability to be cost-effective against no screen- ing at a willingness to pay 5 000 per QALY	Moderate quality Moderate transferability to Sweden

* Study quality is a combined assessment of the quality of the study from a clinical as well as an economic perspective.

CEA = cost-effectiveness analysis; CUA = cost-utility analysis; GBP = Pounds sterling; USD = United States Dollars; EUR= Euros; RCT= randomised controlled trial; MASS= Multicentre Aneurysm Screening Study; UK= United Kingdom; AAA= abdominal aortic aneurysm; LYG= life-years gained; I= intervention; C= control

Model-based economic evaluations comparing screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) among men aged 65 years with no screening.

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost-effectiveness (ICER)	Study quality and relevance* Further information Comments
Kim et al, 2007 [22] UK	CUA, Markov-model based on MASS 4 years Time horizon 30 years Men aged 65 years MASS primary care setting UK healthcare service provider perspective	I: One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C: No screening, incidentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in GBP year 2000-2001 I: 333.20 C: 274.33	Effects reported in QALYs I: 9 155 C: 9 135	Cost per QALY: 2 970 (95% CI 2 050 – 5 430)	Moderate quality Moderate transferability to Sweden
Badger et al, 2011 [23] Northern Ireland	CUA, Markov-model based on MASS 4 years + local data Time horizon 30 years Men aged 65 years Hospital setting UK healthcare service provider perspective	I: One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C: No screening, incidentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs assumedly reported in GBP year 2000-2001 Difference in costs: 33.22	Effects reported in QALYs Difference: 0.0110	Costs per QALY: 3 020 (95% CI 2 080 – 5 500)	Moderate quality Moderate transferability to Sweden Attendance rate 44.5% of invited
Ehlers et al, 2009 [24] Denmark	CUA, Markov-model based on MASS 4 years + local data Time horizon lifetime Men aged 65 years Mobile team in community setting	I: One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C: No screening, management of incidentally detected AAAs not stated	All costs reported in GBP year 2007 Incremental costs not reported	Effects reported in QALYs Incremental effects not reported	Costs per QALY: 43 485 (95% CI 32 640 – 66 001) Screening has a probability of less than 30% to be cost-effective against no screening at a willingness to pay of	Moderate quality Moderate transferability to Sweden Extensive sensitivity analyses with minor influence on costs per QALY

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost- effectiveness (ICER)	Study quality and rele- vance* Further information Comments
	Healthcare perspective				30 000	
Glover et al, 2014 [25] England	CUA, Markov-model based on MASS 10 years + local data (The National Health Service abdominal aortic aneurysm screening programme, NAAASP) Time horizon 30 years Men aged 65 years Healthcare perspective	I:Screening as in NAAASP protocol [53] C:No screening, man- agement of incidentally detected AAAs as in NAAASP protocol	All costs reported in GBP year 2010–2011 I: 316 C: 269 Difference: 47	Effects reported in QALYs I: 9.928 C: 9.921 Difference:0.0067	Costs per QALY: 7 370 (95% CI 5 467 – 9 443) Screening has a probability of at least 99% to be cost- effective against no screening at a will- ingness to pay of 10 000	High quality Moderate transferability to Sweden
Spronk et al, 2011 [26] The Nether- lands Norway	CEA, Markov-model based on MASS 10 years + local data Time horizon lifetime Men aged 65 years Country-specific societal perspective	I:One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C:No screening, inci- dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in EUR year 2010 Differences: The Netherlands: 421 (95% CI 33 – 806) Norway: 562 (95% CI 59-1 078)	Effects reported in LYGs Differences: The Netherlands: 0.097 (95% CI –0.180 – 0.365) Norway: 0.057 (95% CI –0.135 – 0.253)	Cost per LYG: The Netherlands: 4 340 Norway: 9 860 Screening has a 70% probability of being cost-effective in the Netherlands at a willingness to pay of 20 000, and in Nor- way a 70% at a willingness to pay of 62 500	Moderate quality High transferability to Swe- den Interesting two-way thresh- old sensitivity analysis No comments on the differ- ing results between the two countries The Netherlands and Norway.
Svensjö et al, 2014 [12] Sweden	CUA, Markov-model based on MASS 13 years + local data Time horizon lifetime (40 years)	I:One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm, surgery at 5.5 cm C:No screening, inci-	All costs reported in EUR 2012 Incremental costs not reported	Effects reported in QALYs I:10.3237 C:10.3128	Costs per QALY: 7 570	High quality High transferability to Swe- den

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost- effectiveness (ICER)	Study quality and rele- vance* Further information Comments
	Men aged 65 years Healthcare perspective	dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm				
Sogaard et al, 2012 [27] Denmark	CUA, Markov-model based on Viborg 14 years + local data Time horizon lifetime Men aged 65 years Healthcare perspective	I:One-time ultrasound screening, surveillance of AAAs >3 cm and surgery at AAAs >5.5 cm C:No screening, inci- dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in GBP 2010 I: 293 C:230 Cost for screening 100 000 men: 6.34 million	Effects reported in QALYs I:11.9618 C:11.8474	Costs per QALY: 555	High quality High transferability to Swe- den Extensive sensitivity and scenario analyses Alternative screening strat- egies studied for men with AAAs 2.5-2.9 cm at the initial screening: Re-screening once after 5 years: costs 301 and QALYs 11.9626 Screening every 5 years lifelong: costs 308 and QALYs 11.9628 Probability that screening strategy is the most cost- effective at a willingness to pay of 30 000 is 26% for screening once, 32% for re- screening once and 34% for screening lifelong
Montreuil & Brophy, 2008 [30] Canada	CUA, Markov-model based on meta-analyses + local data Time horizon lifetime Men aged 65 years	I:One-time ultrasound screening, annual sur- veillance of AAAs 3-4.4 cm and semiannual of AAAs 4.5-5.4 cm, sur- gery at AAAs >5.5 cm C:No screening, inci-	All costs reported in Canada Dollars 2005 Difference in costs: 118	Effects reported in QALYs Difference in QAL- Ys:0.019	Costs per QALY: 6 194 (95% CI 1 892 - 10 837) Screening has a greater than 95% probability of being cost-effective at a	Moderate quality Moderate transferability to Sweden

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost- effectiveness (ICER)	Study quality and rele- vance* Further information Comments
	Healthcare perspective	dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm			willingness to pay of 20 000	
Wanhainen et al, 2005 [28] Sweden	CEA, Markov-model based on pooled system- atic review results + local data Time horizon age 100 years Men aged 65 years Societal perspective	I:One-time ultrasound screening, annual sur- veillance of AAAs, surgery at AAAs >5.5 cm C:No screening, inci- dentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in USD 2003 I: 406.30 C: 196.80 Difference: 209.50	Effects reported in LYGs I: 12.152 C: 12.132 Difference: 0.02	Costs per LYG: 10 474 Costs per QALY: 13 900 Screening has around a 95% prob- ability of being cost-effective at a willingness to pay of 12 000 per LYG	High quality Moderate transferability to Sweden Several alternative screen- ing strategies studied: 60-year men: 11 100 per LYG 60-year high risk men: 10 203 - 9 841 per LYG 65-year high risk men: 10 695 - 8 309 per LYG 60-year men with rescreen- ing: 11 648 - 12 168 per LYG 65-year men with rescreen- ing: 11 946 per LYG 70-year men: 14 084 per LYG
Henriksson & Lundgren, 2005 [31] Sweden	CUA, Markov-model based on meta-analysis + local data Time horizon 40 years Men aged 65 years Societal perspective	I:One-time ultrasound screening, annual sur- veillance of AAAs 3-4 cm and semiannual of AAAs 4.1-5.5 cm, sur- gery at AAAs >5.5 cm C:No screening, man- agement of incidentally detected AAAs not stated	All costs reported in Euro 2003 Difference: 194	Effects reported in QALYs Difference: 0.02	Costs per QALY: 9 700 Screening has a greater than 95% probability of being cost-effective at a willingness to pay of 30 000	Moderate quality Moderate transferability to Sweden Model details in Swedish language technical report [54]

* Study quality is a combined assessment of the quality of the study from a clinical as well as an economic perspective.

CEA = Cost-effectiveness analysis; CUA = Cost-utility analysis; CI= Confidence interval; GBP = Pounds sterling; USD = United States Dollars; EUR= Euros; MASS= Multicentre Aneurysm Screening Study; UK= United Kingdom; AAA= abdominal aortic aneurysm; LYG= life-years gained; I= intervention; C= control; NAAASP=The UK National Health Service abdominal aortic aneurysm screening programme

Model-based economic evaluations comparing screening for abdominal aortic aneurysm (AAA) among women 65 years with no screening.

Author/s Year Reference Country	Study design Population Setting Perspective	Intervention vs Control	Incremental cost	Incremental effect	Incremental cost- effectiveness (ICER)	Study quality and trans- ferability* Further information Comments
Wanhainen et al, 2006 [29] Sweden	CEA, Markov-model based on pooled systematic review results + local data Time horizon age 100 years Women aged 65 years Societal perspective	I:One-time ultrasound screening, annual surveillance of AAAs, surgery at AAAs >5.5 cm C:No screening, incidentally detected AAAs, surveillance and surgery at AAAs >5.5 cm	All costs reported in USD 2004 I: 117.90 C: 54.90 Difference: 63	Effects reported in LYGs I: 14.412 C: 14.402 Difference: 0.011	Costs per LYG: 5 911	Moderate quality Moderate transferability to Sweden

* Study quality is a combined assessment of the quality of the study from a clinical as well as an economic perspective.

CEA = Cost-effectiveness analysis; USD = United States Dollars; AAA= abdominal aortic aneurysm ; LYG= life-years gained; I= intervention; C= cont

Screening för bukaortaaneurysm

Indikatorer och bakgrundsmått
Bilaga 3

Förteckning över indikatorerna

Tabell 1 visar de bakgrundsmått och indikatorer som bör ingå i en uppföljning av screeningprogrammet för bukaortaaneurysm.

Tabell 1. Indikatorförteckning för screeningprogrammet

Nr	Namn
1.0	Målgrupp för inbjudan till screeningprogrammet
1.1	Andel som bjudits in till screening för bukaortaaneurysm
1.2	Andel som efter inbjudan deltagit i screening för bukaortaaneurysm
1.3	Andel som diagnostiserats med bukaortaaneurysm inom screeningprogrammet
1.4	Andel med brustet bukaortaaneurysm efter negativ screening
1.5	Andel diagnostiserade bukaortaaneurysm som inte har opererats eller brustit
1.6	Andel med brustet bukaortaaneurysm efter positivt screeningfynd

Tabell 2 visar förslag till väsentliga bakgrundsmått och indikatorer för uppföljning av de män som inom screeningprogrammet har diagnostiserats med ett bukaortaaneurysm.

Tabell 2. Indikatorförteckning vid uppföljning av positivt screeningresultat

Nr	Namn
2.0	Andel screeningupptäckta bukaortaaneurysm som har opererats
2.1	Andel avlidna inom 30 dagar efter operation för bukaortaaneurysm

1.0 Målgrupp för inbjudan till screeningprogrammet	
Mått	Antal män i målgruppen, det vill säga de män som under året kommer att fylla 65 år.
Syfte	Bakgrundsmåttet är relevant för att kunna bedöma målgruppens storlek och utgör underlag för hur många män som ska bjudas in (kallas) till screening för bukaortaaneurysm.
Riktning	
Typ av indikator	Bakgrundmått.
Indikatorns status	
Teknisk beskrivning	Målgruppen för inbjudan till screening för bukaortaaneurysm är män, som bör kallas det år de fyller 65 år. Exempelvis screening under år 2015 avser män födda 1950 (födelsekohort). Inbjudan till screening bör gälla i ett år efter det att den första kallelsen skickats.
Datakällor	Befolkningsregister och lokalt upprättade spärllistor/bokningslistor.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län, kommun, församling.
Kvalitetsområde	

1.1 Andel som bjudits in till screening för bukaortaaneurysm	
Mått	Andel män i målpopulationen som under det gångna kalenderåret har bjudits in (kallats) till screening för bukaortaaneurysm, i procent.
Syfte	Indikatorn är relevant att följa då den kan visa på brister i kallelseorganisationen.
Riktning	Samtliga män som under året fyller 65 år bör kallas till screening.
Typ av indikator	Processmått. Kan även vara surrogatmått för att bedöma effekten av screeningprogrammet.
Indikatorns status	Nationell datakälla saknas.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män som bjudits in (kallats) till screening för bukaortaaneurysm. <i>Nämnare:</i> Antal män i målpopulationen. Socialstyrelsen rekommenderar att alla män kallas till screening för bukaortaaneurysm det år de fyller 65 år. <i>Uppföljning:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning. Inbokat undersökningsdatum på inbjudan/kallelsen utgör underlag för redovisningen. Uppföljningsperioden bör omfatta kallelseåret (året då inbjudan skickats ut) plus ytterligare 12 månader efterföljande år.
Datakällor	Befolkningsregister och landstingens egna screeningregister.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län, kommun, församling (för att kunna relatera till områdets socioekonomiska karaktär).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

1.2 Andel som efter inbjudan deltagit i screening för bukaortaaneurysm	
Mått	Andel män som efter inbjudan (kallelse) till screening för bukaortaaneurysm genomgått ultraljudsundersökning, i procent.
Syfte	Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar andelen män som efter inbjudan (kallelse) faktiskt deltagit i screening för bukaortaaneurysm. Ultraljudsundersökning är förstahandsmetod för diagnostik av bukaortaaneurysm och används som test i screeningprogrammet.
Riktning	En hög andel är eftersträvarvärd.
Typ av indikator	Processmått. Kan även vara surrogatmått för att bedöma effekten av screeningprogrammet.
Indikatorns status	Nationell datakälla saknas.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män som genomgått ultraljudsundersökning efter inbjudan (kallelse) till screening för bukaortaaneurysm <i>Nämnare:</i> Totala antalet män som inbjudits (kallats) till ultraljudsundersökning inom screeningprogrammet under ett kalenderår. <i>Uppföljning:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning. Inbokat undersökningsdatum på inbjudan (kallelsen) utgör underlag för redovisningen. Uppföljningsperioden bör omfatta kallelseåret (året då inbjudan skickats ut) plus ytterligare 12 månader efterföljande år.
Datakällor	Landstingens och regionernas egna screeningregister.
Felkällor	Om data redovisas efter för kort uppföljningstid har inte alla personer som inbjudits (kallats) och fått påminnelse under ett screeningår hunnit delta vilket ger en falskt för låg deltagarfrekvens.
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län, kommun, församling (för att kunna relatera till områdets socioekonomiska karaktär).
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och jämlik vård.

1.3 Andel som diagnostiserats med bukaortaaneurysm inom screeningprogrammet	
Mått	Andel män inom screeningprogrammet som diagnostiserats med bukaortaaneurysm, i procent.
Syfte	Bakgrundsmåttet är relevant att följa eftersom den visar andelen män som diagnostiserats med bukaortaaneurysm inom screeningprogrammet.
Riktning	
Typ av indikator	Bakgrundsmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla saknas.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män i nämnaren som har diagnostiserats med bukaortaaneurysm. <i>Nämnare:</i> Antal män som efter inbjudan (kallelse) deltagit i screening för bukaortaaneurysm. <i>Definition:</i> Aneurysm föreligger vid en vidgad bukaorta på ≥ 30 mm diameter. Resultatet bör redovisas uppdelat på 30-39 mm, 40-49 mm, 50-54 mm och ≥ 55 mm diameter. <i>ICD 10:</i> I71.3, I71.4 <i>Uppföljning:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning. Inbokat undersökningsdatum på inbjudan (kallelsen) utgör underlag för redovisningen. Uppföljningsperioden bör omfatta kallelseåret (året då inbjudan skickats ut) plus ytterligare 12 månader efterföljande år. Resultatet från uppföljningen bör redovisas dels varje år för sig, dels totalt för alla år som screeningprogrammet pågått.
Datakällor	Landstingens och regionernas egna uppföljningssystem.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län, kommun, församling (för att kunna relatera till områdets socioekonomiska karaktär).
Kvalitetsområde	

1.4 Andel med brutet bukaortaaneurysm efter negativ screening

Mått	Andel män som vid screening inte fått diagnosen bukaortaaneurysm (negativ screening) men som senare i livet får ett brutet aneurysm, i procent.
Syfte	Definitions­mässigt är det fråga om ett aneurysm vid en vidgad bukaorta på ≥ 30 mm diameter. De flesta av männen som har en normal bukaorta eller en vidgning som inte överskrider 29 mm kommer inte att få uppföljande kontroller med ultraljudsundersökning. Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar på en negativ effekt av screeningprogrammet, d.v.s. antalet fall där bukaortaaneurysmet inte upptäckts inom ramen för screeningprogrammet men där mannen ändå har drabbats av ett brutet aneurysm. Indikatorn kan sägas vara ett mått på screeningprogrammets sensitivitet, det vill säga förmåga att upptäcka ett bukaortaaneurysm.
Riktning	En låg andel är eftersträvarns­värd.
Typ av indikator	Processindikator.
Indikatorns status	Nationell data­källa saknas.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män med normal bukaorta vid screening, d.v.s. som inte fått diagnosen bukaortaaneurysm, men som senare fått ett brutet bukaortaaneurysm. <i>Nämnare:</i> Totala antalet män som vid screening med ultraljudsundersökning inte fått diagnosen bukaortaaneurysm, d.v.s. som hade en normal bukaorta eller en vidgning som inte överskred 29 mm diameter. <i>Definition:</i> Aneurysm föreligger vid en vidgad bukaorta på ≥ 30 mm diameter. <i>ICD 10:</i> I71.3 <i>Uppföljning:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning av indikatorn. Resultatet från uppföljningen av indikatorn bör redovisas dels varje år för sig, dels totalt för alla år som screeningprogrammet pågått.
Data­källor	Landstingens och regionernas egna uppföljningssystem.
Fel­källor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län.
Kvalitetsområde	Säker vård.

1.5 Andel diagnostiserade bukaortaaneurysm som inte har opererats eller brutit	
Mått	Andel män inom screeningprogrammet som diagnostiserats med ett bukaortaaneurysm men som varken opererats eller fått ett brutet aneurysm, i procent.
Syfte	Män med en vidgad bukaorta på ≥ 30 mm diameter får diagnosen bukaortaaneurysm och erbjuds regelbunden uppföljning med ultraljudsundersökningar under resten av livet. När aneurysmet överskrider cirka 55 mm diameter brukar de opereras. Indikatorn är relevant att följa eftersom den visar andelen fall som diagnostiserats med ett bukaortaaneurysm inom screeningprogrammet men som varken har opererats eller aneurysmet har brutit. Det kan sägas vara en negativ effekt av screeningprogrammet då dessa män oroats i onödan.
Riktning	En låg andel är eftersträfvansvärd.
Typ av indikator	Processindikator.
Indikatorns status	Nationell datakälla saknas.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män som diagnostiserats med ett bukaortaaneurysm inom screeningprogrammet men som varken opererats eller fått ett brutet aneurysm. <i>Nämnare:</i> Totala antalet män som vid screening med ultraljudsundersökning fått diagnosen bukaortaaneurysm. <i>Definition:</i> Aneurysm föreligger vid en vidgad bukaorta på ≥ 30 mm diameter. <i>ICD 10:</i> I71.4 <i>Uppföljning:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning av indikatorn. Resultatet från uppföljningen av indikatorn bör redovisas dels varje år för sig, dels totalt för alla år som screeningprogrammet pågått.
Datakällor	Landstingens och regionernas egna uppföljningssystem.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län.
Kvalitetsområde	Individanpassad vård.

1.6 Andel med brustet bukaortaaneurysm efter positivt screeningfynd

Mått	Andel män med brustet bukaortaaneurysm efter positivt screeningfynd, i procent.
Syfte	Män som diagnostiserats med en bukaorta med diameter ≥ 30 –54 mm erbjuds uppföljande kontroller medan de som har en diameter om 55 mm eller större vanligtvis erbjuds operation. Män med positivt screeningfynd som fått ett brustet bukaortaaneurysm har förmodligen inte haft någon nytta av screeningprogrammet. Indikatorn är relevant att följa ut den synvinkeln.
Riktning	En låg andel är eftersträvensvärd.
Typ av indikator	Resultatindikator.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män med brustet bukaortaaneurysm efter positiv screening (diameter ≥ 30 mm). <i>Nämnare:</i> Totala antalet män inom screeningprogrammet som diagnostiserats med ett bukaortaaneurysm (d.v.s. med en diameter ≥ 30 mm). ICD 10: I71.3, I71.4 Alla män klara inte av en operation på grund av hög ålder, nedsatt hälsotillstånd och/eller samsjuklighet. En fördjupad analys av underlaget kan behöva göras för att se om sjukvården avvaktat för länge med att åtgärda själva aneurysmet. <i>Uppföljningsperiod:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning. Resultatet från uppföljningen av indikatorn bör redovisas dels varje år för sig, dels totalt för alla år som screeningprogrammet pågått.
Datakällor	Dödsorsaksregistret och landstingens och regionernas egna uppföljningssystem.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län.
Kvalitetsområde	Säker vård.

2.0 Andel screeningupptäckta bukaortaaneurysm som har opererats	
Mått	Andel män med screeningupptäckt bukaortaaneurysm som opererats, i procent. Avser män med icke brustet bukaortaaneurysm.
Syfte	Vid ett bukaortaaneurysm med en diameter på mer än 55 mm rekommenderas operation. Operationen kan göras med öppen kirurgisk teknik, då ersätts aneurysmet av ett syntetiskt graft (kärilprotes), eller med kateterburen, röntgenbaserad teknik, så kallad endovaskulär kirurgisk teknik, då ett stentgraft förs in via ljumskartären och läggs på plats under röntgengennomlysning. Idag finns inga vetenskapliga studier som visar att den ena metoden är bättre än den andra. Endovaskulär operation, som ofta kan göras i lokalbedövning, är idag den vanligaste operationsmetoden för bukaortaaneurysm. Bakgrundsmåttet är relevant att följa eftersom det visar hur många av de screeningupptäckta bukaortaaneurysmen som opererats.
Riktning	
Typ av indikator	Bakgrundsmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla saknas.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män i nämnaren som opererats. <i>Nämnare:</i> Totala antalet män med screeningupptäckt bukaortaaneurysm som inte har brustit. Resultatet bör redovisas uppdelat på män som opererats med öppen kirurgisk teknik respektive endovaskulär kirurgisk teknik. ICD 10: I71.4 <i>Uppföljningsperiod:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning. Resultatet från uppföljningen av indikatorn bör redovisas dels varje år för sig, dels totalt för alla år som screeningprogrammet pågått.
Datakällor	Landstingens och regionernas egna uppföljningssystem.
Felkällor	
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län.
Kvalitetsområde	

2.1 Andel avlidna inom 30 dagar efter operation för bukaortaaneurysm

Mått	Andel män som avlidit inom 30 dagar efter operation för bukaortaaneurysm, i procent. Avser män som deltagit i screeningprogrammet och med en icke brusten bukaorta.
Syfte	Vid de flesta större operationer brukar man värdera risken för att patienten ska avlida inom 30 dagar, så kallad postoperativ mortalitet. Indikatoren är relevant att följa eftersom den visar den allvarigaste komplikationen efter en operation vid icke brustet bukaortaaneurysm. Indikatoren speglar även omhändertagandet inför, under och efter operationen.
Riktning	En låg andel är eftersträvarsvärd.
Typ av indikator	Resultatindikator.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal män i nämnaren som avlidit inom 30 dagar efter operation för bukaortaaneurysm. <i>Nämnare:</i> Totala antalet män som opererats för bukaortaaneurysm, och som deltagit i screeningprogrammet. Avser män med icke brustet bukaortaaneurysm. Resultatet bör redovisas uppdelat på män som opererats med öppen kirurgisk teknik respektive endovaskulär kirurgisk teknik. <i>ICD 10:</i> I71.4 <i>Uppföljning:</i> Socialstyrelsen föreslår en årlig uppföljning.
Datakällor	Dödsorsaksregistret och landstingens och regionernas egna uppföljningssystem.
Felkällor	Observeras bör att indikatorn avser endast de män som upptäckts inom screeningprogrammet, d.v.s. screenats med ultraljud vid 65 års ålder. Uppföljningen rör inte män vars bukaortaaneurysm upptäckts vid annat tillfälle.
Redovisningsnivå	Bostadsort: Län.
Kvalitetsområde	Säker vård.

Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2016-01-08

Dnr RS/2042/2015

Förvaltningsrätten i Härnösand

Forvaltningsratteniharnosand@dom.se

Svar i mål David Bell ./. Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning enligt kommunallagen

Mål nr 4045-15

Region Jämtland Härjedalen bestrider överklagande och yrkar att det avslås.

Enligt stadgarna för Stiftelsen Jamtli, som har egen förvaltning, utser Region Jämtland Härjedalen tre ledamöter och en suppleant till stiftelsens styrelse. Regleringen i stiftelsens stadgar tar över bestämmelsen i stiftelselagen om utseende av styrelseledamöter.

Stiftelsen Jamtli tillkom före det att stiftelselagen trädde i kraft. Stiftelsens stadgar innehåller inga bestämmelser om entledigande av styrelseledamöter. Av förarbetena till stiftelselagen, prop 1993/94:9 s 27, anförs att i situationer som denna, där stiftelseförordnandet innehåller föreskrifter om förordnande av ledamöter men inte om entledigande, får frågan om vem som har rätt att entlediga ledamöter avgöras från fall till fall.

Bedömningen av vem som har rätten att entlediga ledamöter måste ske utifrån dåvarande bestämmelser. På den tiden fanns ingen reglering av tillsättande och entledigande av styrelse i stiftelser på annat sätt än genom stiftelseförordnandet, bortsett från de särskilda regleringar som fanns i lagen 1929:116 om tillsyn av stiftelser som inte är aktuella i detta fall.

Förtroende måste finnas hos den som utsett ledamöten. Den som har rätt att utse ledamot måste därför, om andra regler inte finns, ha rätten att återkalla uppdragen om förtroendet inte längre finns. Några regler om entledigande finns inte i stadgarna och fanns inte heller i annan lagstiftning vid tiden när stadgarna skrevs. Mot bakgrund av det är det naturliga att den som har rätt att utse ledamöter också har rätt att entlediga ledamöter.

I förarbetena till stiftelselagen, samma sida som angetts ovan, anförs att det är ett förtroendeuppdrag att vara ledamot i en stiftelsestyrelse. Den som har rätt att entlediga en ledamot för därför utöva den rätten när som helst. Det saknar alltså betydelse att uppdraget i det enskilda fallet gäller tills vidare eller för bestämd tid.

Regleringen av tiden för uppdraget har sin förklaring i att uppdrag som styrelseledamot i stiftelser var tillsvidareuppdrag om inget annat sades. För ledamöter som utsågs av kommuner och landsting ville man ha uppdragen i överensstämmelse med de valperioder som gällde för val till fullmäktige. På så sätt kunde nya ledamöter väljas till styrelsen i stiftelsen av det nyvalda fullmäktige utan att först entlediga de styrelseledamöter som hade uppdragen. Regleringen innebär inte att ledamöter inte kan entledigas under perioden.

Regionfullmäktiges beslut om att entlediga ledamöterna och ersättarna i Stiftelsen Jamtli strider inte mot stiftelselagen eller mot stiftelsens stadgar.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



Mål nr.
4045-15

Anges vid kontakt med domstolen

Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015-12-21

Dnr. RS 2042/2015

David Bell ./. Region Jämtland Härjedalen
angående **laglighetsprövning enligt kommunallagen**

Med detta brev får Ni handlingar i målet, aktbilaga 1 och 6.

Ni ska svara skriftligt. Svaret ska skickas till förvaltningsrätten och ha kommit in **senast den 3 februari 2016**.

I svaret bör Ni ange om Ni går med på eller motsätter Er det som yrkas. Om Ni motsätter Er yrkandet bör Ni ange skälen för detta. Ni bör också ange om Ni har några bevis som Ni vill åberopa. I svaret bör Ni ange målnumret som finns längst upp till höger.

Observera att målet kan komma att avgöras även om Ni inte svarar.

Använd helst bara ett sätt att svara (via antingen vanlig post, e-post eller fax). Adresser finns nedan.

Om Ni har några frågor kan Ni kontakta förvaltningsrätten.

Josefine Sahlberg
Telefon direkt 0611-46 06 07

Dok.Id 101944

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Expeditionstid
Box 314 871 27 Härnösand	Backgränd 9	0611-46 06 00 E-post: forvaltningsratteniharnosand@dom.se www.forvaltningsratteniharnosand.domstol.se	0611-51 18 20	måndag – fredag 08:00-16:00



Till:

Förvaltningsrätten i Härnösand

Klagande:

David Bell 19480329 - 2376

Kyrkvägen 7

83023 Hackås

Telefon: 063 107361, 0705236650

Epost: dwbell@telia.com; david.bell@regionjh.se

Saken:

Laglighetsprövning av regionfullmäktige beslut

Överklagat avgörande:

Region Jämtland Härjedalen. Regionfullmäktiges beslut 2015-11-24/25 § 152 Återkallelse av uppdrag med anledning av ändrad politisk majoritet (RS/1510/2015)

Jag vill överklaga beslutet

Jag yrkar på: att beslutet upphävs för Stiftelsen Jamtli samt inhibition av fullmäktiges nuvarande beslut

Skälen för min överklagan är:

1. Beslutet strider mot Stiftelsen Jamtlis egna stadgar, där Region Jämtland Härjedalen ingår som en av stiftare, samt Stiftelselagen (1994:1220)

I Stiftelselagen 2 kap, 3 § lämnas ansvar till styrelsen att svara för att föreskrifterna i stiftelseförordnandet följs, men inte ansvar för styrelsen eller förvaltaren för åtgärder som i enlighet med stiftelseförordnandet vidtagits av någon annan än styrelsen i fråga om att utse

FÖRVALTNINGSRÄTTEN I HÄRNÖSAND
Ink 2015 -12- 1 4
Målnr 4045-15 Aktbil. 1

eller entlediga ledamöter eller ordförande i styrelsen. I 9 § skall styrelsen utse och entlediga ledamöter om inte annat följer av stiftelseförordnandet.

Jamtli stadgar från 2008 är tydliga på just denna punkt:

§ 2

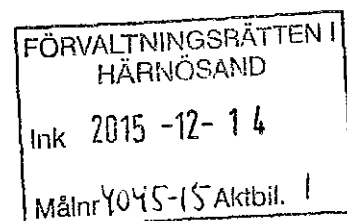
Stiftelsens styrelse

Stiftelsens angelägenheter handhas av en styrelse som har sitt säte i Östersund och består av åtta ledamöter och fyra suppleanter. Jämtlands läns landsting utser tre ledamöter och en suppleant för dessa, Östersunds kommun utser två ledamöter och en suppleant. Heimbygda och Jämtlands läns konstförening utser vardera en ledamot och en suppleant. Landsantikvarien (museichefen) är självskriven ledamot. **Kommun- och landstingsvalda ledamöter och suppleanter utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val.** Till styrelsens ordförande utses den som landstinget bestämmer, till viceordförande den som Östersunds kommun bestämmer.(min fetstil)

Här framgår det tydligt att de olika stiftarna har rätt att utse ledamöterna och suppleanter i styrelsen och där, i fallen kommunen och regionen, för en given fastställd mandat period. Däremot ligger rätten att entlediga styrelseledamöterna kvar hos styrelsen. Enligt min mening ger föreskrifterna i Stiftelsen Jamtli endast dess styrelse rätten att entlediga styrelseledamöterna i enlighet med det som anges i Stiftelselagen 2 kap, 3 och 9 §§.

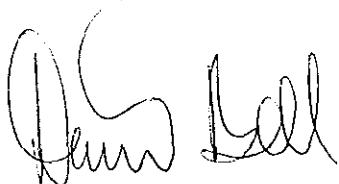
2. Enligt 2 kap 9 § av Stiftelselagen framgår det att styrelsen skall utse och entlediga ledamöter om inte annat följer av stiftelseförordnandet.

Två principer gäller vid entledigande från ett förtroendeuppdrag: i) innehavare av ett förtroendeuppdrag kan, på egen begäran, söka om att bli entledigad från uppdraget; ii) innehavare av ett förtroendeuppdrag kan bli entledigad från det genom att ha varit oaktsamt mot stiftelsen eller har orsakat skada. Regionfullmäktige har inte framställt orsak till varför man vill att deras utsedda ledamöter entledigas; bytt av majoritet i fullmäktige räknas knappast i sådant sammanhang.



3. Min mening är att fullmäktiges beslut strider mot stiftelsens föreskrifter samt Stiftelselagen (1994:1220). Jag konstaterar också att Stiftelsen Jamtli lyder under tillsyn av Länsstyrelsen samt Kammarkollegiet vars synpunkter har ej bevakas av region fullmäktige i sitt beslut.

Jag kan senare komplettera överklagandet och jag hemställer om muntlig förhandling.

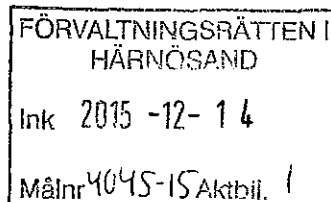


Docent David Bell

Ledamot i Regionfullmäktige för Miljöpartiet

Hackås

2015-12-10



Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2015-12-15

Dnr RS/2042/2015

Förvaltningsrätten i Härnösand

Forvaltningsratteniharnosand@dom.se

Svar i mål David Bell ./ Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning enligt kommunallagen

Mål nr 4045-15

Region Jämtland Härjedalen bestrider överklagande och yrkandet om inhibition och yrkar att de avslås.

Protokollet över beslutet om återkallelse av de aktuella uppdragen liksom hela beslutet i ärendet justerades den 25 november 2015. Vid samma sammanträde genomfördes val till uppdragen och även beslutet i det ärende ingick i det protokoll som justerades samma dag. Eftersom beslutet var återkallelse av uppdraget omedelbart är beslutet verkställt genom att protokollet justerats.

Enligt stadgarna för Stiftelsen Jamtli, som har egen förvaltning, utser Region Jämtland Härjedalen tre ledamöter och en suppleant till stiftelsens styrelse. Regleringen i stiftelsens stadgar tar över bestämmelsen i stiftelselagen om utseende av styrelseledamöter. Stiftelsen tillkom före det att stiftelselagen trädde i kraft. Bedömningen av vem som har rätten att entlediga ledamöter måste ske utifrån dåvarande bestämmelser. På den tiden fanns ingen reglering av tillsättande och entledigande av styrelse i stiftelser på annat sätt än genom stiftelseförordnandet, bortsett från de särskilda regleringar som fanns i lagen 1929:116 om tillsyn av stiftelser. Ett uppdrag att vara ledamot i en stiftelsestyrelse är ett förtroendeuppdrag. Förtroende måste finnas hos den som utsett ledamoten. Den som har rätt att utse ledamot måste därför ha rätten att återkalla uppdragen om förtroendet inte längre finns, i vart fall i avsaknad av regler som säger annat. Några regler om entledigande finns inte i stadgarna och fanns inte heller i annan lagstiftning vid tiden när stadgarna skrevs.

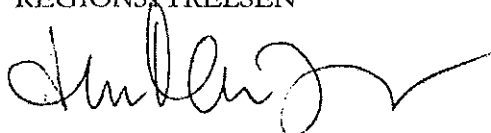
Regleringen av tiden för uppdraget har sin förklaring i att uppdrag som styrelseledamot i stiftelser var tillsvidareuppdrag om inget annat reglerades. För ledamöter som utsågs av kommuner och landsting ville man ha uppdragen i överensstämmelse med de valperioder som gällde för val till fullmäktige. På så sätt kunde nya ledamöter väljas till styrelsen i stiftelsen av det nyvalda fullmäktige. Regleringen innebär inte att man är oavsättlig under perioden.

Med hänsyn till att beslutet redan verkställts och till vad regionstyrelsen anfört i huvudsaken finns det inte skäl för att meddela beslut om inhibition.

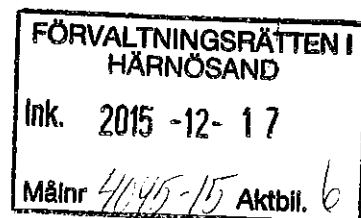
Överklagandet

Region Jämtland Härjedalen begär anstånd med att utveckla talan till efter nästkommande regionstyrelse. Styrelsen sammanträder den 18 -19 januari 2016 och anstånd önskas till 3 februari då styrelsen protokoll har justerats.

REGIONSTYRELSEN



Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande





KLAGANDE

David Bell, 480329-2376
G:a Prästgården
Kyrkvägen 7
830 23 Hackås

MOTPART

Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

ÖVERKLAGAT BESLUT

Regionfullmäktiges i Region Jämtland Härjedalen beslut den 25 november
2015, § 152

SAKEN

Laglighetsprövning enligt kommunallagen (1991:900), KL; nu fråga om
inhibition

FÖRVALTNINGSRÄTTENS BESLUT (ej slutligt)

Förvaltningsrätten avslår yrkandet om inhibition.

Region Jämtland Härjedalen bereds tillfälle att yttra sig i målet **senast den
3 februari 2016.**

Dok.Id 101682

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Expeditionstid
Box 314	Backgränd 9	0611-46 06 00	0611-51 18 20	måndag – fredag
871 27 Härnösand		E-post: forvaltningsratteniharnosand@dom.se www.forvaltningsratteniharnosand.domstol.se		08:00-16:00

BAKGRUND OCH YRKANDEN

Regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen beslutade vid sammanträde den 25 november 2015, § 152, om återkallelse av uppdrag med anledning av ändrad politisk majoritet bl.a. avseende ledamöter och ersättare i styrelsen för Stiftelsen Jamtli.

David Bell överklagar beslutet och yrkar, utom annat, att förvaltningsrätten i avvaktan på målets slutliga avgörande beslutar att det överklagade beslutet tills vidare inte ska gälla (inhibition). Han anför i huvudsak följande.

Beslutet strider mot Stiftelsen Jamtlis egna stadgar, där Region Jämtland Härjedalen ingår som en av stiftarna, och mot stiftelselagen (1994:1220). I 2 kap. 3 § stiftelselagen lämnas till styrelsen att svara för att föreskrifterna i stiftelseförförordnandet följs, men inte ansvar för styrelsen eller förvaltaren för åtgärder som i enlighet med stiftelseförförordnandet vidtagits av någon annan än styrelsen i fråga om att utse eller entlediga ledamöter eller ordförande i styrelsen. I 9 § ska styrelsen utse och entlediga ledamöter om inte annat följer av stiftelseförförordnandet. Jamtlis stadgar är i 2 § tydliga på just denna punkt. Här framgår det tydligt att de olika stiftarna har rätt att utse ledamöter och suppleanter i styrelsen och där, i fallen kommunen och regionen, för en given fastställd mandatperiod. Däremot ligger rätten att entlediga styrelseledamöterna kvar hos styrelsen. Föreskrifterna i Stiftelsen Jamtli ger endast dess styrelse rätten att entlediga styrelseledamöterna i enlighet med vad som anges i 2 kap. 3 och 9 §§ stiftelselagen.

Av 2 kap. 9 § stiftelselagen framgår att styrelsen ska utse och entlediga ledamöter om inte annat följer av stiftelseförförordnandet. Två principer gäller vid entledigande av ett förtroendeuppdrag: innehavare av ett förtroendeuppdrag kan, på egen begäran, ansöka om att bli entledigad från uppdraget, eller så kan innehavare av förtroendeuppdrag bli entledigad från det genom att ha varit oaktsam mot stiftelsen eller ha orsakat skada. Regionfullmäktige har

inte framställt orsak till varför men vill att deras utsedda ledamöter entledigas, ett byte av majoritet i fullmäktige räknas knappast i sådana sammanhang.

Fullmäktiges beslut strider mot stiftelsens föreskrifter och stiftelselagen. Det konstateras också att Stiftelsen Jamtli lyder under tillsyn av länsstyrelsen samt Kammarkollegiet vars synpunkter inte har bevakats av regionfullmäktige i beslutet.

3 kap. 17 och 18 §§ KL reglerar förhållandet mellan en kommun, landsting eller region och en stiftelse, hel eller delägd. 3 kap. 17 § p 2 och 3 reglerar frågan om ändamålet, befogenheter och styrelseledamöterna. Ändamålet och befogenheterna ska anges i stiftelsens stadgar, och man har rätt att utse styrelseledamöter. I Jamtlis fall ska ledamöterna väljas för samma period som gäller för allmänna val. Därmed måste det anses att regionens befogenheter är tillgodosedda och man har rätt att utse ledamöter för denna period. Rätten att entlediga ledamöterna ligger därmed kvar hos styrelsen i enlighet med stiftelselagen. Under debatten i fullmäktige, som finns som webbsändning, hävdade föredraganden för ärendet att den enda anledningen för återkallelse av olika förtroendeuppdrag var ändring i majoriteten i fullmäktige eller som han uttryckte det ”ren politik”. Det är inte en juridisk grund för ett sådant beslut.

Region Jämtland Härjedalen bestrider bifall till yrkandet om inhibition och anför i huvudsak följande. Protokollet över beslutet justerades den 25 november. Vid samma sammanträde genomfördes val till uppdragen och även beslutet i det ärende som ingick i det protokoll som justerades samma dag. Eftersom beslutet var återkallelse av uppdraget omedelbart är beslutet verkställt genom att protokollet justerades.

Enligt stadgarna för Stiftelsen Jamtli, som har egen förvaltning, utser Region Jämtland Härjedalen tre ledamöter och en suppleant till stiftelsens styrelse. Regleringen i stiftelsens stadgar tar över bestämmelsen i stiftelselagen om utseende av styrelseledamöter. Stiftelsen tillkom före det att stiftelselagen trädde i kraft. Bedömningen av vem som har rätten att entlediga ledamöter måste ske utifrån dåvarande bestämmelser. På den tiden fanns ingen reglering av tillsättande och entledigande av styrelse i stiftelser på annat sätt än genom stiftelseförordnandet, bortsett från de särskilda regleringar som fanns i lagen (1929:116) om tillsyn av stiftelser. Ett uppdrag att vara ledamot i en stiftelsestyrelse är ett förtroendeuppdrag. Förtroende måste finnas hos den som utsett ledamoten. Den som har rätt att utse ledamot måste därför ha rätten att återkalla uppdraget om förtroendet inte längre finns, i vart fall i avsaknad av regler som säger annat. Några regler om entledigande finns inte i stadgarna och fanns inte heller i annan lagstiftning vid tiden när stadgarna skrevs.

Regleringen av tiden för uppdraget har sin förklaring i att uppdrag som styrelseledamot i stiftelser var tillsvidareuppdrag om inget annat reglerades. För ledamöter som utsågs av kommuner och landsting ville man ha uppdraget i överensstämmelse med de valperioder som gällde för val till fullmäktige. På så sätt kunde nya ledamöter väljas till styrelsen i stiftelsen av det nyvalda fullmäktige. Regleringen innebär inte att man är oavsättlig under perioden.

Med hänsyn till att beslutet redan verkställts och till vad som anförts i huvudsaken finns det inte skäl för att meddela beslut om inhibition.

SKÄLEN FÖR BESLUTET

Bestämmelser m.m.

En förvaltningsdomstol har rätt att meddela interimistiska beslut, däribland inhibition av ett överklagat kommunalt beslut, om beslutet i annat fall gäller

omedelbart. Detta framgår av 28 § förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL.

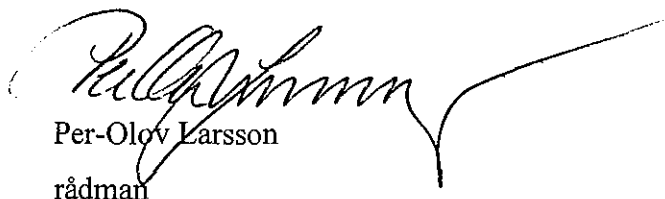
Av förarbetena till FPL framgår att syftet med bestämmelsen om inhibition är att domstolen ska ha möjlighet att förhindra en verkställighet i fall då det är av stor betydelse för klaganden att ett överklagat beslut inte verkställs innan saken slutligt prövats av domstolen. Detta kan gälla t.ex. när det skulle vara svårt eller omöjligt att låta en verkställighet av det överklagade beslutet återgå om beslutet senare upphävs (prop. 1971:30 Del 2 s. 422 och s. 576).

En bedömning av om inhibition bör meddelas i ett mål rörande laglighetsprövning enligt KL får grundas på ett preliminärt ställningstagande till frågan om det överklagade beslutet är olagligt eller inte enligt de av klaganden åberopade omständigheterna. Inhibition bör komma i fråga endast om starka skäl talar för att beslutet är olagligt och verkställighetsförbudet är ägnat att förhindra att ett allmänt eller enskilt intresse lider beaktansvärd skada (jfr Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1986 ref. 7).

Förvaltningsrättens bedömning

Förvaltningsrätten anser att vad som anförts i målet inte utgör skäl att förordna om verkställighetsförbud. Yrkandet om inhibition ska därför avslås. Överklagandet kommer senare att prövas slutligt.

HUR MAN ÖVERKLAGAR, se bilaga (DV 3109/1C).



Per-Olov Larsson
rådman

Målet har föredragits av föredraganden Gunilla Lavås.



HUR MAN ÖVERKLAGAR - PRÖVNINGSTILLSTÅND

Den som vill överklaga förvaltningsrättens beslut ska skriva till Kammarrätten i Sundsvall. Skrivelsen ska dock skickas eller lämnas till förvaltningsrätten.

För att kammarrätten ska kunna ta upp Ert överklagande måste Er skrivelse ha kommit in till förvaltningsrätten inom tre veckor från den dag då Ni fick del av domen/beslutet. Om beslutet har meddelats vid en muntlig förhandling, eller det vid en sådan förhandling har angetts när beslutet kommer att meddelas, ska dock överklagandet ha kommit in inom tre veckor från den dag domstolens beslut meddelades. Om sista dagen för överklagande infaller på lördag, söndag eller helgdag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton räcker det att besvärshandlingen kommer in nästa vardag.

Om klaganden är en part som företräder det allmänna, ska överklagandet alltid ha kommit in inom tre veckor från den dag beslut meddelades.

För att ett överklagande ska kunna tas upp i kammarrätten fordras att prövningstillstånd meddelas. Kammarrätten lämnar prövningstillstånd om

1. det finns anledning att betvivla riktigheten av det slut som förvaltningsrätten har kommit till,
2. det inte utan att sådant tillstånd meddelas går att bedöma riktigheten av det slut som förvaltningsrätten har kommit till,
3. det är av vikt för ledning av rättstillämpningen att överklagandet prövas av högre rätt, eller
4. det annars finns synnerliga skäl att pröva överklagandet.

Om prövningstillstånd inte meddelas står förvaltningsrättens beslut fast. Det är därför viktigt att det klart och tydligt framgår av överklagandet till kammarrätten varför man anser att prövningstillstånd bör meddelas.

Skrivelsen med överklagande ska innehålla

1. Klagandens person-/organisationsnummer, postadress, e-postadress och telefonnummer till bostaden och mobiltelefon. Adress och telefonnummer till klagandens arbetsplats ska också anges samt eventuell annan adress där klaganden kan nås för delgivning. Om dessa uppgifter har lämnats tidigare i målet – och om de fortfarande är aktuella – behöver de inte uppges igen. Om klaganden anlitar ombud, ska ombudets namn, postadress, e-postadress, telefonnummer till arbetsplatsen och mobiltelefonnummer anges. Om någon person- eller adressuppgift ändras, ska ändringen utan dröjsmål anmälas till kammarrätten.
2. den dom/beslut som överklagas med uppgift om förvaltningsrättens namn, målnummer samt dagen för beslutet,
3. de skäl som klaganden anger till stöd för en begäran om prövningstillstånd,
4. den ändring av förvaltningsrättens dom/beslut som klaganden vill få till stånd,
5. de bevis som klaganden vill åberopa och vad han/hon vill styrka med varje särskilt bevis.

Adressen till förvaltningsrätten framgår av domen/beslutet.

Helge Jonsson
Samordningskansliet
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2016-01-08

Dnr RS/2041/2015

Förvaltningsrätten i Härnösand

Forvaltningsratteniharnosand@dom.se

Svar i mål David Bell ./. Region Jämtland Härjedalen angående laglighetsprövning enligt kommunallagen

Mål nr 4044-15

Region Jämtland Härjedalen bestrider överklagande och yrkar att det avslås.

Den förändring i nämndorganisationen som har skett och som låg till grund för återkallande av uppdragen är att vissa uppgifter flyttades från regionstyrelsen till regionala utvecklingsnämnden och vårdvalsnämnden och vissa uppgifter flyttades från regionala utvecklingsnämnden till styrelsen. Dessutom beslutade regionfullmäktige att inrätta utskott under regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden. I tidigare organisation hade styrelsen och regionala utvecklingsnämnden rätt att inrätta utskott och hade också gjort så. I och med att den nya majoriteten uppkom i fullmäktige i mitten på oktober 2015 avskaffades utskotten av regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden. Ändringarna i detalj framgår av de reglementen som bifogades det tidigare svaret.

Enligt 4 kap 10 a§ kommunallagen får fullmäktige återkalla uppdragen för samtliga förtroendevalda i en nämnd

1. när den politiska majoriteten i nämnden inte längre är densamma som i fullmäktige eller
2. vid förändringar i nämndorganisationen.

Förtroendeuppdragen upphör att gälla när val av nya ledamöter och ersättare har förrättats eller när en ny nämndorganisation träder i kraft.

Bestämmelsen har tillkommit för öppna upp för förändringar i situationer som den nu aktuella där en ny politisk majoritet uppstått i fullmäktige. Det är ett uttryck för de grundläggande demokratiska principerna om att representationen i fullmäktige ska så långt som möjligt avspeglas i representationen i styrelsen och nämnderna. Bestämmelsen är skriven utifrån att öppna upp det skydd som förtroendevalda har mot entledigande enligt andra bestämmelser i samma kapitel i kommunallagen. Det är bestämmelsens första stycke 2. som har tillämpats i ärendet om återkallelse av uppdrag.

Bestämmelsen innebär att fullmäktige har möjlighet att återkalla uppdragen för samtliga förtroendevalda i en nämnd vid förändringar i nämndorganisationen. Bestämmelsens utformning begränsar inte återkallelsen till de nämnder som omfattas av ändringen i nämndorganisationen. Inte heller av förarbetena kan man utläsa någon sådan begränsning.

Bestämmelsens utformning utesluter inte heller att den tillämpas på styrelsen eller patientnämnden. Med nämnd avses i kommunallagen även styrelsen om inte annat särskilt föreskrivs. I den aktuella bestämmelsen finns ingen sådan särskild föreskrift. Utifrån syftet med bestämmelsen är det naturligt att den kan tillämpas också på styrelsen som har en särställning för den politiska styrningen av landstinget/regionen och på andra specialnämnder, såsom patientnämnden.

Ärendet om ändring i den politiska organisationen, som omfattar beslut om ändringar i nämndorganisationen och återkallelse av uppdrag i styrelsen och nämnderna har beretts av styrelsen. De nämnder som berördes av förändringen i nämndorganisation, vårdvalsnämnden och den regionala utvecklingsnämnden, har yttrat sig över styrelsens förslag före beslutet i fullmäktige. Återkallelsen av uppdragen berör inte nämnderna utan de enskilda ledamöterna och ersättarna. Det finns inget krav på att dessa ska få yttra sig innan beslut i fullmäktige. Ärendets beredning strider därför inte mot någon bestämmelse.

Genom beslutet om ändringar i reglementena har nämndorganisationen förändrats. Förutsättningar för återkallelse av samtliga uppdrag föreligger därför. Ärendet har beretts på ett korrekt sätt. Beslutet om återkallelse av uppdragen strider därför inte mot lag.

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson
Regionstyrelsens ordförande

Björn Eriksson
Regiondirektör



Mål nr.
4044-15

Anges vid kontakt med domstolen

Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015-12-21

David Bell ./. Region Jämtland Härjedalen
angående **laglighetsprövning enligt kommunallagen**

Dnr RS 2041/2015

Med detta brev får Ni handlingar i målet, aktbilaga 1.

Ni ska svara skriftligt. Svaret ska skickas till förvaltningsrätten och ha kommit in **senast den 3 februari 2016**.

I svaret bör Ni ange om Ni går med på eller motsätter Er det som yrkas. Om Ni motsätter Er yrkandet bör Ni ange skälen för detta. Ni bör också ange om Ni har några bevis som Ni vill åberopa. I svaret bör Ni ange målnumret som finns längst upp till höger.

Observera att målet kan komma att avgöras även om Ni inte svarar.

Använd helst bara ett sätt att svara (via antingen vanlig post, e-post eller fax). Adresser finns nedan.

Om Ni har några frågor kan Ni kontakta förvaltningsrätten.

Josefine Sahlberg
Telefon direkt 0611-46 06 07

Dok.Id 101943

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Expeditionstid
Box 314 871 27 Härnösand	Backgränd 9	0611-46 06 00 E-post: forvaltningsratteniharnosand@dom.se www.forvaltningsratteniharnosand.domstol.se	0611-51 18 20	måndag – fredag 08:00-16:00



Till:

Förvaltningsrätten i Härnösand

Klagande:

David Bell 19480329 - 2376

Kyrkvägen 7

83023 Hackås

Telefon: 063 107361, 0705236650

Epost: dwbell@telia.com; david.bell@regionjh.se

Saken:

Laglighetsprövning av regionfullmäktige beslut

Överklagat avgörande:

Region Jämtland Härjedalen. Regionfullmäktiges beslut 2015-11-24/25 § 149 Ändring i den politiska organisationen på grund av ny politisk majoritet (RS/1684/2015) stycke 5, återkallelse av förtroendevalde.

Jag vill överklaga beslutet

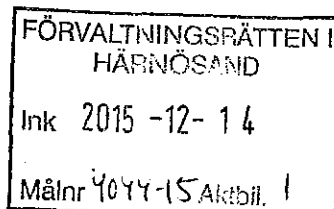
Jag yrkar på: att beslutet upphävs samt inhibition av verkställande av fullmäktiges nuvarande beslut.

Skälen för min överklagan är:

Återkallelse av uppdrag för samtliga förtroendevalda i en nämnd regleras enligt kap 4 § 10 a stycken 1 och 2 kommunallagen. Enligt min mening är beslutet under § 149 stycke 5 i strid med denna lagstiftning på grunderna angivet här nedan.

Jag begär laglighetsprövning

1. Om "ny politisk majoritet" kan anses ge skäl till återkallelse av samtliga ledamöter i samtliga nämnder i enlighet med kap 4, § 10 a stycke 1. Enligt betänkandet SOU



2010:30 sidan s.183 är domen i Högsta förvaltningsdomstolen (RÅ 2010 ref. 57) avgörande i frågan.¹

2. Om begreppet "ändring i den politiska organisationen", som anges i rubriken som anledningen till återkallelsen, kan likställs med "vid förändring i nämndorganisationen" (kap 4 § 10 a stycke 2 kommunallagen). En ändring i den politiska organisationen är ett generellt begrepp som kan inbegripa många olika ändringar, stort som smått i den politiska organisationen, t.ex. ändringar i utskotten, ändringar i regionsråd osv. Lagtexten i kap 4 § 10 a stycke 2 är tydlig avgränsad och hänvisas enbart till ändringar i nämndorganisationen.
3. Om det är förenligt med kap 4 § 10 a stycke 2 kommunallagen att genomföra en generell återkallelse av samtliga ledamöter i samtliga nämnder när justeringarna i verksamhetsområden, omfördelning mellan nämnder, påverkar endast 2 av 7 nämnder² och att antalet nämnder och deras benämningar är dem samma som innan ändring i den politiska majoriteten i region fullmäktige.

Av 7 nämnder där samtliga ledamöterna blev återkallade, fick endast vårdvalsnämnd och regionala utvecklingsnämnden beredda frågan om ändringarna i deras reglemente. Enligt SOU 2012:30 s.181 ger en dom i Kamrarrätten i Göteborg den 23 mars 2010 i mål nr 6167-09 ledning i frågan.³

4. Om Patientnämnden och Regionstyrelsen har en särställning bland nämnderna eftersom upprättandet av dessa två nämnder regleras i lag. Detta begränsar fullmäktiges utrymme för ändringar i vardera av deras nämndorganisation. Därmed, anses det att dessa två nämnder bör undantas från beslutet. I lag (1998:1656) om Patientnämndsverksamhet m.m. ges grunder för inrättandet av och ansvarsområden för en patientnämnd. Enligt reglemente för Patientnämnden i

¹ I ett mejl utbyte med den juridiska rådgivaren på samordningskansliet för Region Jämtland Härjedalen inför fullmäktige fick jag följande "Det föreligger ingen skillnad i majoriteten mellan den nya sammansättningen i fullmäktige och den befintliga sammansättningen styrelsen eller nämnderna."

² Vårdvalsnämnden tar över ansvaret för hälso- och sjukvårdsverksamhet som ska utföras av privata utförare efter upphandling från regionstyrelsen. Regionstyrelsen tar över ansvaret för sjukresor från regionala utvecklingsnämnden och regionala utvecklingsnämnden får ansvaret för frågor om folkhälsa som inte är hälso- och sjukvårdsrelaterad. (Ärende beskrivning fullmäktige protokoll).

³ Det kan noteras att domen berör en nämnd och inte, som i detta fall, flera nämnder där samtliga ledamöter återkallas vid ett och samma tillfälle. Kamrarrätten var inte enig i sitt beslut och två särskilda ledamöter var skiljaktiga och ansåg att beslutet skulle upphävas.

Region Jämtland/Härjedalen ska Patientnämnden "fullgöra de uppgifter som följer av lagen om patientnämndens verksamhet".

En styrelses särställning har behandlats i ett rad domstolsbeslut och numera har beviljats prövningstillstånd i Högsta Förvaltningsrätten.⁴

Jag kan senare komplettera överklagandet och jag hemställer om muntlig förhandling.



Docent David Bell
Ledamot i Regionfullmäktige för Miljöpartiet
Hackås
2015-12-10

⁴ 2015-10-19

Fråga om den möjlighet fullmäktige har att återkalla uppdrag för samtliga förtroendevalda i en nämnd vid förändringar i nämndorganisationen även gäller förtroendevalda i kommunstyrelsen. (Mål nr 512-15, Kammarrätten i Jönköpings mål nr 809-14) (Högsta Förvaltningsrättens hemsida beviljad prövningstillstånd)).

**FÖRVALTNINGSRÄTTEN
I HÄRNÖSAND****BESLUT**
2015-12-18
Meddelat i
HärnösandMål nr
4044-15**KLAGANDE**David Bell, 480329-2376
G:a Prästgården
Kyrkvägen 7
830 23 Hackås**MOTPART**Region Jämtland Härjedalen
Box 654
831 27 Östersund**ÖVERKLAGAT BESLUT**Regionfullmäktiges i Region Jämtland Härjedalen beslut den 25 november
2015, § 149**SAKEN**Laglighetsprövning enligt kommunallagen (1991:900), KL; nu fråga om
inhibition

FÖRVALTNINGSRÄTTENS BESLUT (ej slutligt)

Förvaltningsrätten avslår yrkandet om inhibition.

Region Jämtland Härjedalen bereds tillfälle att yttra sig i målet **senast den
3 februari 2016.**

Dok.Id 101676

Postadress	Besöksadress	Telefon	Telefax	Expeditionstid
Box 314	Backgränd 9	0611-46 06 00	0611-51 18 20	måndag – fredag
871 27 Härnösand		E-post: forvaltningsratteniharnosand@dom.se		08:00-16:00
		www.forvaltningsratteniharnosand.domstol.se		

BAKGRUND OCH YRKANDEN

Regionfullmäktige i Region Jämtland Härjedalen beslutade vid sammanträde den 25 november 2015, § 149, om ändring i den politiska organisationen på grund av ny politisk majoritet. Därvid beslutade fullmäktige bl.a. att uppdraget för de förtroendevalda i regionstyrelsen, den regionala utvecklingsnämnden, vårdvalsnämnden, patientnämnden, krisledningsnämnden, den gemensamma nämnden för upphandling, lagerhållning och distribution av sjukvårdsprodukter m.m., den gemensamma nämnden för närvård Frostviken samt för Region Jämtlands Härjedalens representanter i Norrlandstingens Regionförbund och Kommunalförbundet svenskt Ambulansflyg återkallas när den nya organisationen träder i kraft.

David Bell överklagar beslutet och yrkar, utom annat, att förvaltningsrätten i avvaktan på målets slutliga avgörande beslutar att det överklagade beslutet tills vidare inte ska gälla (inhibition). Han anför i huvudsak följande.

Återkallelse av uppdrag för samtliga förtroendevalda i en nämnd regleras i 4 kap. 10 a § KL. Det överklagade beslutet är i strid med denna lagstiftning. Han vill få prövat genom laglighetsprövning om ”ny politisk majoritet” kan anses ge skäl till återkallelse av samtliga ledamöter i samtliga nämnder i enlighet med 4 kap. 10 a § första stycket p 1 KL, jfr betänkandet SOU 2010:30 s. 183 och RÅ 2010 ref 57. I ett e-postutbyte med den juridiske rådgivaren på samordningskansliet för Region Jämtland Härjedalen inför fullmäktige fick han veta att det inte föreligger någon skillnad i majoriteten mellan den nya sammansättningen i fullmäktige och den befintliga sammansättningen i styrelsen eller nämnderna.

Han vill också få prövat genom laglighetsprövning om begreppet ”ändring i den politiska organisationen”, som anges i rubriken som anledning till återkallelsen, kan likställas med ”vid förändring i nämndorganisationen enligt 4 kap. 10 a § första stycket p 2 KL. En ändring i den politiska organisation-

en är ett generellt begrepp som kan inbegripa många olika ändringar, stort som smått, i den politiska organisationen, t.ex. ändringar i utskotten, ändringar i regionsråd osv. Lagtexten i andra stycket är tydligt avgränsad och hänvisar enbart till ändringar i nämndorganisationen.

Han vill vidare få prövat om det är förenligt med 4 kap. 10 a § första stycket p 2 KL att genomföra en generell återkallelse av samtliga ledamöter i samtliga nämnder när justeringarna i verksamhetsområden, omfördelning mellan nämnder, påverkar endast två av sju nämnder och att antalet nämnder och deras benämningar är de samma som innan ändring i den politiska majoriteten i regionfullmäktige. Av sju nämnder där samtliga ledamöter blev återkallade, fick endast vårdvalsnämnden och regionala utvecklingsnämnden bereda frågan om ändringarna i deras reglementen, jfr SOU 2010:30 s. 181 och Kammarrätten i Göteborg i mål nr 6167-09.

Slutligen vill han få prövat genom laglighetsprövning om patientnämnden och regionstyrelsen har en särställning bland nämnderna eftersom upprättandet av dessa två nämnder regleras i lag. Detta begränsar fullmäktiges utrymme för ändringar i vardera av deras nämndorganisation. Därmed anses det att dessa två nämnder bör undantas från beslutet. I lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. ges grunder för inrättandet av och ansvarsområden för en patientnämnd. Enligt Reglemente för Patientnämnden i Region Jämtland Härjedalen ska patientnämnden "fullgöra de uppgifter som följer av lagen om patientnämndsverksamhet".

En styrelses särställning har behandlats i en rad domstolsbeslut och Högsta förvaltningsdomstolen har beviljat prövningstillstånd i frågan, se mål nr 512-15.

Region Jämtland Härjedalen bestrider bifall till yrkandet om inhibition och anför i huvudsak följande. Protokollet över beslutet justerades den

25 november och beslutet trädde i kraft den 1 december. Genom att den nya organisationen trädde i kraft upphörde uppdragen i den gamla organisationen och de nyvalda trädde till. Beslutet om återkallelse har således redan verkställts. Den förändring i nämndorganisationen som har skett och som låg till grund för återkallande av uppdragen var att vissa uppgifter flyttades från regionstyrelsen till regionala utvecklingsnämnden och vårdvalsnämnden och vissa uppgifter från regionala utvecklingsnämnden till styrelsen. Dessutom beslutade fullmäktige att inrätta utskott under regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden. I tidigare organisation hade styrelsen och regionala utvecklingsnämnden rätt att inrätta utskott och hade också gjort så men i och med att den nya majoriteten uppkom i fullmäktige i mitten på oktober 2015 avskaffades utskotten av regionstyrelsen och regionala utvecklingsnämnden. De nämnder som berördes av organisationsförändringen har yttrat sig över styrelsens förslag före beslutet i fullmäktige. Med stöd av denna ändring i nämndorganisationen har uppdragen i den tidigare organisationen återkallats och nya ledamöter och ersättare valts.

Regeln om inhibition har tillkommit främst till skydd för den enskilde. Inhibition bör tillämpas restriktivt. Klagandens begäran om inhibition kan inte uppfattas som annat än ett skydd för representanterna i de partier som förlorar uppdragen genom återkallelsen av uppdragen. KL reglerar skyddet för de förtroendevalda. Skyddet har dock visat sig medföra låsningar varför bestämmelsen i 4 kap. 10 a § införts för att öppna upp för förändringar i situationer som den nu aktuella. Fullmäktige har möjlighet att besluta om förändringar i nämndorganisationen och då ska fullmäktige också kunna ändra sammansättningen av representationen i nämnderna. Detta är ett uttryck för de grundläggande demokratiska principerna om att representationen i fullmäktige ska avspeglas i styrelsen och nämnderna och att beslut fattas med enkel majoritet. Med hänsyn till att beslutet verkställts och till vad som anförts i huvudsaken finns inte skäl att meddela inhibition.

SKÄLEN FÖR BESLUTET

Bestämmelser m.m.

En förvaltningsdomstol har rätt att meddela interimistiska beslut, däribland inhibition av ett överklagat kommunalt beslut, om beslutet i annat fall gäller omedelbart. Detta framgår av 28 § förvaltningsprocesslagen (1971:291), FPL.

Av förarbetena till FPL framgår att syftet med bestämmelsen om inhibition är att domstolen ska ha möjlighet att förhindra en verkställighet i fall då det är av stor betydelse för klaganden att ett överklagat beslut inte verkställs innan saken slutligt prövats av domstolen. Detta kan gälla t.ex. när det skulle vara svårt eller omöjligt att låta en verkställighet av det överklagade beslutet återgå om beslutet senare upphävs (prop. 1971:30 Del 2 s. 422 och s. 576).

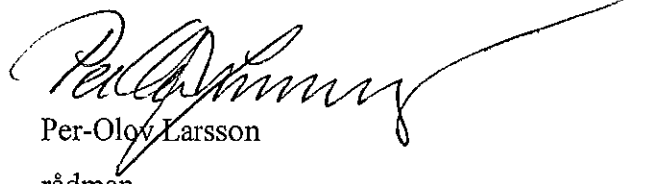
En bedömning av om inhibition bör meddelas i ett mål rörande laglighetsprövning enligt KL får grundas på ett preliminärt ställningstagande till frågan om det överklagade beslutet är olagligt eller inte enligt de av klaganden åberopade omständigheterna. Inhibition bör komma i fråga endast om starka skäl talar för att beslutet är olagligt och verkställighetsförbudet är ägnat att förhindra att ett allmänt eller enskilt intresse lider beaktansvärd skada (jfr Högsta förvaltningsdomstolens avgörande RÅ 1986 ref. 7).

Förvaltningsrättens bedömning

4 kap. 10 a § första stycket KL innehåller två möjligheter för fullmäktige att återkalla uppdragen för samtliga förtroendevalda i en nämnd, nämligen (p 1) när den politiska majoriteten i nämnden inte längre är densamma som i fullmäktige, eller (p 2) vid förändringar i nämndorganisationen. David Bell har bl.a. uppgett att det inte skett någon förändring av majoritetsförhållandet i regionfullmäktige. Regionen har i sitt svar inte närmare angett på vilket sätt man menar att det har skett en förändring av den politiska majoriteten i

regionfullmäktige. Förvaltningsrätten anser emellertid att det av vad som anförts i målet inte kommit fram skäl att förordna om verkställighetsförbud. Yrkandet om inhibition ska därför avslås. Överklagandet kommer senare att prövas slutligt.

HUR MAN ÖVERKLAGAR, se bilaga (DV 3109/1C).



Per-Olov Larsson
rådman

Målet har föredragits av föredraganden Gunilla Lavås.



HUR MAN ÖVERKLAGAR - PRÖVNINGSTILLSTÅND

Den som vill överklaga förvaltningsrättens beslut ska skriva till Kammarrätten i Sundsvall. Skrivelsen ska dock skickas eller lämnas till förvaltningsrätten.

För att kammarrätten ska kunna ta upp Ert överklagande måste Er skrivelse ha kommit in till förvaltningsrätten inom tre veckor från den dag då Ni fick del av domen/beslutet. Om beslutet har meddelats vid en muntlig förhandling, eller det vid en sådan förhandling har angetts när beslutet kommer att meddelas, ska dock överklagandet ha kommit in inom tre veckor från den dag domstolens beslut meddelades. Om sista dagen för överklagande infaller på lördag, söndag eller helgdag, midsommarafton, julafton eller nyårsafton täcker det att besvärshandlingen kommer in nästa vardag.

Om klaganden är en part som företräder det allmänna, ska överklagandet alltid ha kommit in inom tre veckor från den dag beslut meddelades.

För att ett överklagande ska kunna tas upp i kammarrätten fordras att prövningstillstånd meddelas. Kammarrätten lämnar prövningstillstånd om

1. det finns anledning att betvivla riktigheten av det slut som förvaltningsrätten har kommit till,
2. det inte utan att sådant tillstånd meddelas går att bedöma riktigheten av det slut som förvaltningsrätten har kommit till,
3. det är av vikt för ledning av rättstillämpningen att överklagandet prövas av högre rätt, eller
4. det annars finns synnerliga skäl att pröva överklagandet.

Om prövningstillstånd inte meddelas står förvaltningsrättens beslut fast. Det är därför viktigt att det klart och tydligt framgår av överklagandet till kammarrätten varför man anser att prövningstillstånd bör meddelas.

Skrivelsen med överklagande ska innehålla

1. Klagandens person-/organisationsnummer, postadress, e-postadress och telefonnummer till bostaden och mobiltelefon. Adress och telefonnummer till klagandens arbetsplats ska också anges samt eventuell annan adress där klaganden kan nås för delgivning. Om dessa uppgifter har lämnats tidigare i målet – och om de fortfarande är aktuella – behöver de inte uppges igen. Om klaganden anlitat ombud, ska ombudets namn, postadress, e-postadress, telefonnummer till arbetsplatsen och mobiltelefonnummer anges. Om någon person- eller adressuppgift ändras, ska ändringen utan dröjsmål anmälas till kammarrätten.
2. den dom/beslut som överklagas med uppgift om förvaltningsrättens namn, målnummer samt dagen för beslutet,
3. de skäl som klaganden anger till stöd för en begäran om prövningstillstånd,
4. den ändring av förvaltningsrättens dom/beslut som klaganden vill få till stånd,
5. de bevis som klaganden vill åberopa och vad han/hon vill styrka med varje särskilt bevis.

Adressen till förvaltningsrätten framgår av domen/beslutet.

2015 -11- 04

Herrö 2015-11-03

Dnr. RS 1806 / 2015

Initiativärende

Vid en föredragning på regionstyrelsen den 3 november 2015, framkom det osäkerheten med antalet mobila team och vilka sorter mobila team som vi har inom Region Jämtland Härjedalen. För att kunna fortsätta ett säkert och effektivt arbete med hur vår region arbetar med mobila team så behövs en genomlysning av hela regionens hälso- och sjukvårds verksamhet kartläggas.

Med anledning av ovan så föreslås:

-En genomlysning görs och återredovisas till regionstyrelsen för att få en rätt bild av hur vår verksamhet arbetar med mobila team.



Elin Lemon
Ledamot regionstyrelsen (C)

Nationell modell läkarbemannning psykiatri v1.1

Martin Rödholm

Överläkare psykiatri, Med.Dr.

SKL, Uppdrag Psykisk Hälsa 2015

Workshop 16 oktober 2015

Projektet

Bättre läkarbemanning i psykiatri – oberoende av hyrläkare

- Startades av Nätverket för styrning och ledning av psykiatri på SKL och Uppdrag Psykisk hälsa 2015
- Både vuxenpsykiatri och BUP
- Workshops i juni, oktober och december -15 med brett deltagande från landstingen
- Medveten strategi – en nationell modell
 - Verktyslåda för lokala åtgärder
 - Framtagen vid workshops
- En lokal åtgärdsplan per landsting baserad på verktyslådan
- Sammanhållning mellan landstingen
- Tidplan för utfasning beslutas under hösten -15
- Kommunikationsplan tas fram

Kommunikation - huvudbudskap

- Läkartillgången i psykiatrin är för låg
- Hyrläkarberoendet (15%) försämrar kontinuitet och vårdkvalitet
- Utvecklingsarbete och ekonomi hotas
- Fler läkare utbildas och intresset för psykiatri ökar
- Situationen behöver förbättras genom åtgärder i landstingen, bl.a.
 - Utbilda fler psykiatriker, fler ST-läkartjänster
 - Aktivt arbete med god arbetsmiljö
 - Samarbete mellan landstingen, dela erfarenheter, ta fram verktygslåda
- Enighet om tidplan för utfasning nödvändig
 - Utfasning utan åtgärder går inte
 - Åtgärder utan utfasning går inte
- Temporärt kan tillgängligheten till läkartid försämras

Uppskattning läkarbemannning VUP och RPV baserat på nuläge, riket, ej privata

	Våren 2015	Hösten 2015
Antal anst spec	1151	
Antal anst spec i klin tjg	1022	
Antal anst i klin tjg/100 000 inv 18+ år (range)	13,2 (6,7 – 18,5)	
Antal hyrlinjer	168 (1 - 26)	
Antal hyrlinjer/100 000 inv 18+ år (range)	2,2 (0,3 – 8,0)	
Antal ST	576	

Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015

Uppskattning läkarbemannning BUP baserat på nuläge, riket, ej privata

	Våren 2015	Hösten 2015
Antal anst spec	260	
Antal anst spec i klin tjg	245	
Antal anst i klin tjg/100 000 0-17 år (range)	12,3 (5,2-26,1)	
Antal hyrlinjer	33	
Antal hyrlinjer/100 000 0-17 år (range)	1,7 (0,0-7,5)	
Antal ST	150	

Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015

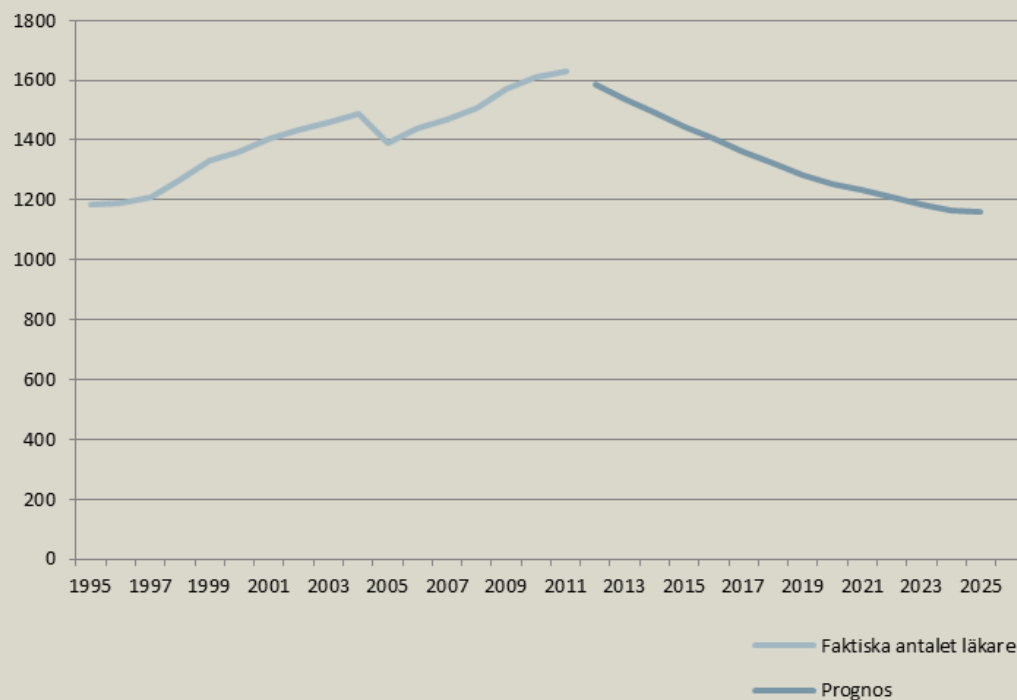
Antal ST-läkare

Antal pågående ST						
	2010	2011	2012	2013	2014	VT 2015
Psykiatriska specialiteter						
Psykiatri	563	554	553	544		
Rättpsykiatri	21	10	9	12		576
Barn och ungdomspsykiatri	143	147	140	140		150
Summa	727	711	702	696	?	726

Källa:
Martin Rödholm,
SKL

Källa: Carin Renger, SKL 2015-05-25

Antalet psykiatrer sysselsatta inom hälso- och sjukvården åren 1995-2011, samt prognos över antalet psykiatrer sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2012-2025.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret

2015-09-24 Källa: Hans Schwarz, Statistiker, Nationella planeringsstödet (NPS), Avdelningen för statistik och jämförelser, 075-247 3578.

Lokal åtgärdsplan - rubriker

- Attraktiv arbetsplats
- Dimensionering
- Rekrytering
- Ersättningsfrågor
- Nya arbetssätt
- Samarbete mellan landsting

Attraktiv arbetsplats

- ☐ Lokalt arbete– vad är attraktiv arbetsplats för läkare?
 - Syfte – öka stolthet och arbetsglädje
 - Varför skall du arbeta här?
 - Läkarchef, läkare, fackliga, HR
- ☐ Kollegiala möten
- ☐ Genomtänkt mottagande och introduktion av specialister, ST, AT, ul
- ☐ Studierektor för specialister, för ST-läkare, för AT-läkare
- ☐ Kompetensutveckling även för specialister. Ta fram en ”Fortbildningsgaranti”
- ☐ Stärkt handledning till AT- och ST-läkare
- ☐ Läkare deltar i utvecklingsarbete och ledningsarbete, schemalagd tid för detta
- ☐ Utvecklingsdagar/internat för läkargruppen
- ☐ Tillsätt läkarchefer, ge chefsutbildning; lönesättning, rekrytering. Struktur och ordning.

Attraktiv arbetsplats forts

- ☐ Förtydliga karriärvägar, uppmuntra till officiellt delegerat ansvar
- ☐ Schemaplanerare
- ☐ Individualiserad arbetstid vid behov
- ☐ Tydliga uppdrag, förväntad produktion
- ☐ Administrativt stöd till läkare, t.ex. IT-systemen
- ☐ Tydlig ansvarsfördelning primärvård – specialistpsykiatri
- ☐ Genomtänkt fördelning av resurs mellan heldygnsvård och öppenvård
- ☐ Inför vårdplatskoordinator
- ☐ Större enheter/mottagningar med fler kollegor oftast mer attraktiva, klarar bredden i evidensbaserad behandling

Attraktiv arbetsplats, forts

- ☐ Subspecialiserade enheter ofta mer attraktiva
- ☐ Samla information vid avgångssamtal
- ☐ Fokusera på karriärvägar i utvecklingssamtal
- ☐ Utvecklingsarbete på betald schemalagd arbetstid, t.ex. för att utveckla arbetssätt, produktionsplanering e.dyl.
- ☐ Möjlighet till forskning på arbetstid, t.ex 20% för potentiella doktorander

Dimensionering

- ❑ Ta fram lokal plan för dimensionering
 - Specialistläkare, ST och underläkare
 - Nationella bemanningsdata som underlag
 - Påverka AT-dimensionering
- ❑ Öka antalet ST-läkare, den enskilt viktigaste åtgärden i alla landsting
- ❑ "Överutbilda" 10%; ger marginal och möjlighet att bistå andra landsting.
- ❑ Använd även vik underläkare, före och efter AT, året runt

Rekrytering

- ☐ Delta i AT-rekryteringen. Psykiatri-AT fortfarande möjlig.
- ☐ Fortsätt rekrytering från utlandet
 - ☐ Nationellt nätverk för erfarenhetsutbyte – utveckla!
 - ☐ Pröva ”relocation manager”, ta hand om hela familjen
- ☐ Anställ läkarassistenter och vik ul sommartid i rekryteringssyfte
- ☐ Erbjud pensionärer fortsatt arbete efter önskemål, kliniskt arbete, handledning mm
- ☐ Delta på kongresser och mässor även i rekryteringssyfte
- ☐ Om överskott på ST-sökande, förmedla kontakt med andra kliniker

Rekrytering, forts

- ☐ Fortlöpande annonsering efter ST
- ☐ Undvik/tidsbegränsa individuella förmåner
- ☐ Starta bemanningspool för egna läkare och pensionärer som kan arbeta extra i landstinget och i andra landsting
- ☐ Under utfasningsperiod
 - använd endast upphandlade bemanningsföretag.
 - Gå ej med på krav på jourer för hyrläkare
 - Använd inga hyrläkare som tidigare tjänstgjort/utbildats hos arbetsgivaren; 18 mån karenstid
- Riktad marknadsföring till läkare som inte har fast anställning inom offentlig verksamhet

Ersättningsfrågor

- ☐ Möjlighet att arbeta extra på egen klinik/andra kliniker/landsting på ledig tid
 - för de som bedöms klara det
 - Attraktiv ersättning
 - Avtal med läkarföreningen
- ☐ Möjlighet till extra ersättning för utökat ansvar (vakanstillägg)
 - vid vakans av varierande grad
 - Om det undviker hyrläkare
 - T.ex. två avd eller enheter istället för en
- ☐ Högre löneläge på mindre attraktiva orter

Ersättningsfrågor, forts

- ☐ Resa på arbetstid från huvudarbetsplats till svårbemannade orter inom kliniken
- ☐ Fördelaktiga avtal för pensionärer stimulerar fler att jobba mer
- ☐ Satsning på högre löneläge för specialiteter med brist och som arbetar aktivt med utfasning av hyrläkare.
- ☐ Extra ersättning för jourpass över viss frekvens.
- ☐ Möjlighet till löneväxling, pensionsinbetalning. Särskilt för utländska läkare.

Nya arbetssätt

- ❑ Produktionsplanering för jämnare arbetsbelastning och smidigare flöde
- ❑ Effektivt teamarbete – vem gör vad?. Utbildning i teamarbete saknas generellt. Johan Berlin, Ledarskap och beslutsfattande i psykiatriska team, avhandling 2015.
- ❑ Hur minska behovet av läkartid
 - Attraktivare nyttjande av befintlig läkarresurs
 - Task-shifting utan att utarma läkararbetet, lokalt arbete
 - Ssk- mottagningar, ex c-stim
 - Psykologmottagningar, internetbehandling
 - Måltal för produktion, antal besök per år, arbetade tim/besök
- ❑ E-psykiatri, ”telepsykiatri” kan utvecklas (Jämtland)

Nya arbetssätt, forts

- ❑ Subspecialiserade verksamheter ofta mer attraktiva (möjlighet till bättre vårdresultat)
- ❑ Större enheter: För att klara bredden i evidensbaserad behandling i den nya psykiatrin. Bjud in till dialog med politiken om större enheter/färre utbudspunkter; ADHD, Aspb/autism, depressioner, PTSD, OCD, ångestsy, självskador, bipolära sy, OCD, ätstörning, schizofreni, beroende, demens ...

Samarbete inom / mellan landsting

- ❑ Samordning av läkarbemannning inom landstinget, kliniker samarbetar
- ❑ Landstingsgemensam grupp som följer åtgärdsplanen för läkarbemannning, verksamhetschefer/läkarchefer/HR-chefer
- ❑ Bemanningspooler i landstingen som förmedlar extrainsatser från fast anställda läkare och pensionärer.
 - Vårdarbete, handledning, mentorskap
 - Samordning även nationellt.
 - Befintligt nätverk av HR-specialister som idag rekryterar hyrläkare/sjuksköterskor finns

Utfasning av hyrläkare

Förslag till tidplaner

- Samtliga landsting:
 - Väljer en av tidplanerna, tar beslut senast till nätverket 29-30 oktober
 - Enbart upphandlade hyrläkarbolag från 2015-10-01
- Alt. 1
 - Utfasning *senast* 2016-09-01, halvering 2016-03-01 jmf våren-15
- Alt. 2
 - Utfasning *senast* 2017-09-01, halvering 2016-09-01 jmf våren-15

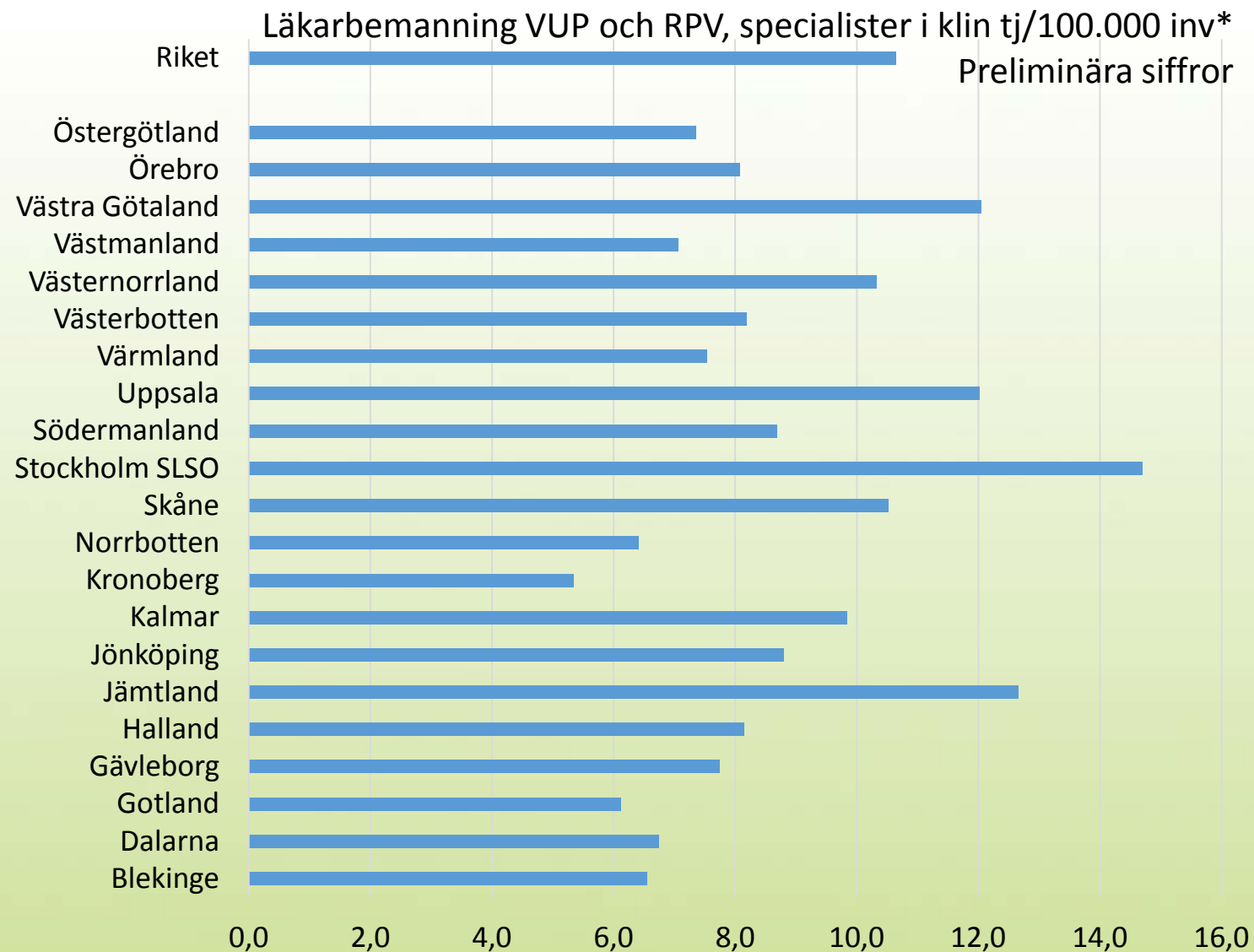
Uppföljning av projektet- lokalt

- Bemanning mäts fortlöpande 4 gånger per år
 - Fast anst specialister
 - ST
 - Ul
- Omsättning
 - Nyanställda
 - Läkare som slutat
 - Läkare som valt att bli hyrläkare
- Ev. vårdskador kopplade till läkarbemanning
- Förändrad tillgänglighet kopplad till läkarbemanning
- Sjuktal
- Kostnad för bemanning totalt och uppdelat på fast anställda och hyrläkare
- Förändring i produktion

Uppskattning läkarbemannning VUP och RPV baserat på nuläge, riket, ej privata

	Våren 2015	Hösten 2015
Antal anst spec	1150	
Antal anst spec i klin tjug	1025	
Antal anst i klin tjug/100 000 inv (range)	10,5 (6-14+)	
Antal hyrlinjer	160 (0-25+)	
Antal hyrlinjer/100 000 inv (range)	1,7 (0-6,5+)	
Antal ST	580	

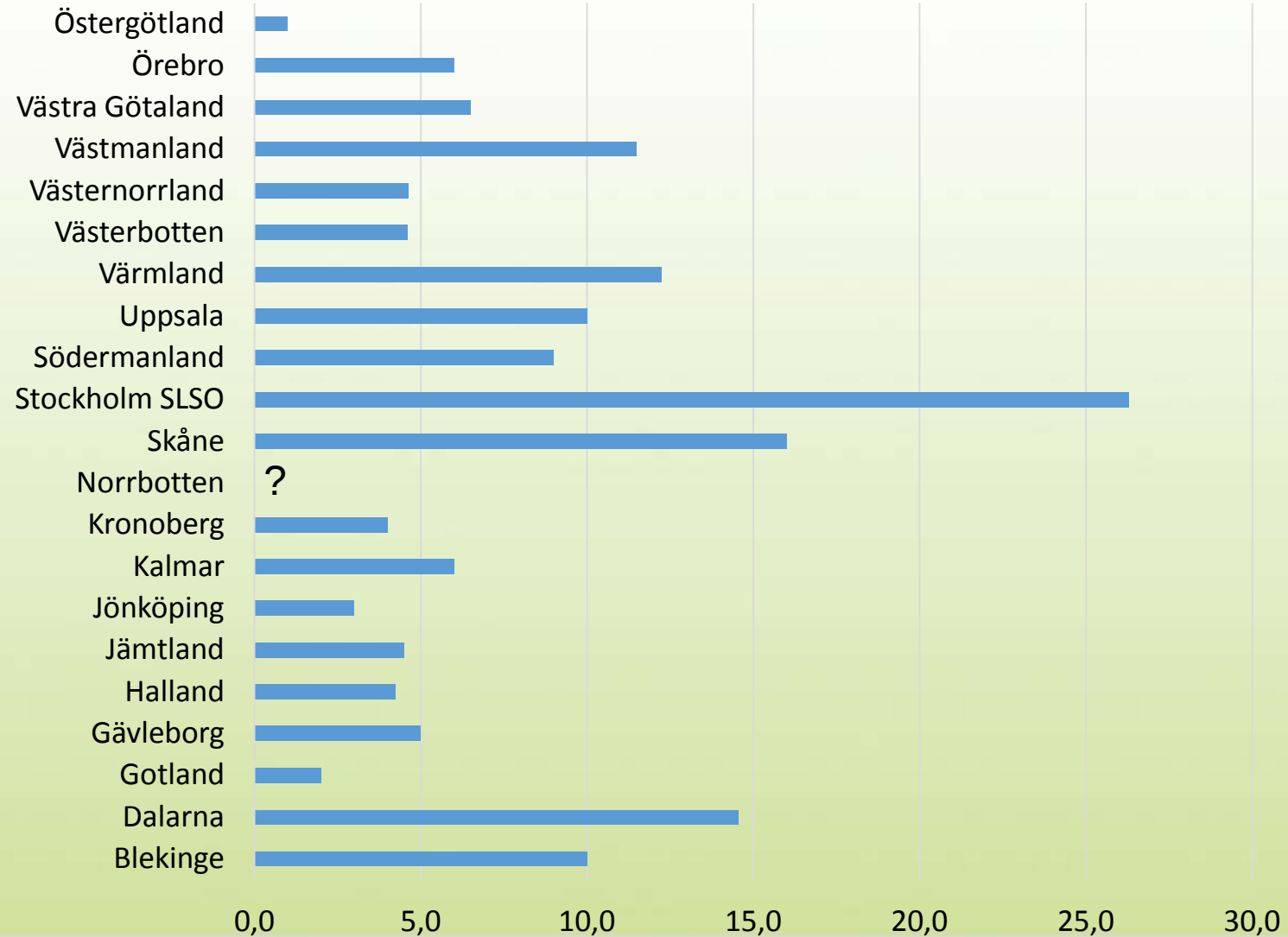
Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015



* Södermanland: exkl RPV; Gotland 57 161 inv. Ej privata

Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015

Läkarbemannning VUP och RPV, antal hyrläkarlinjer*

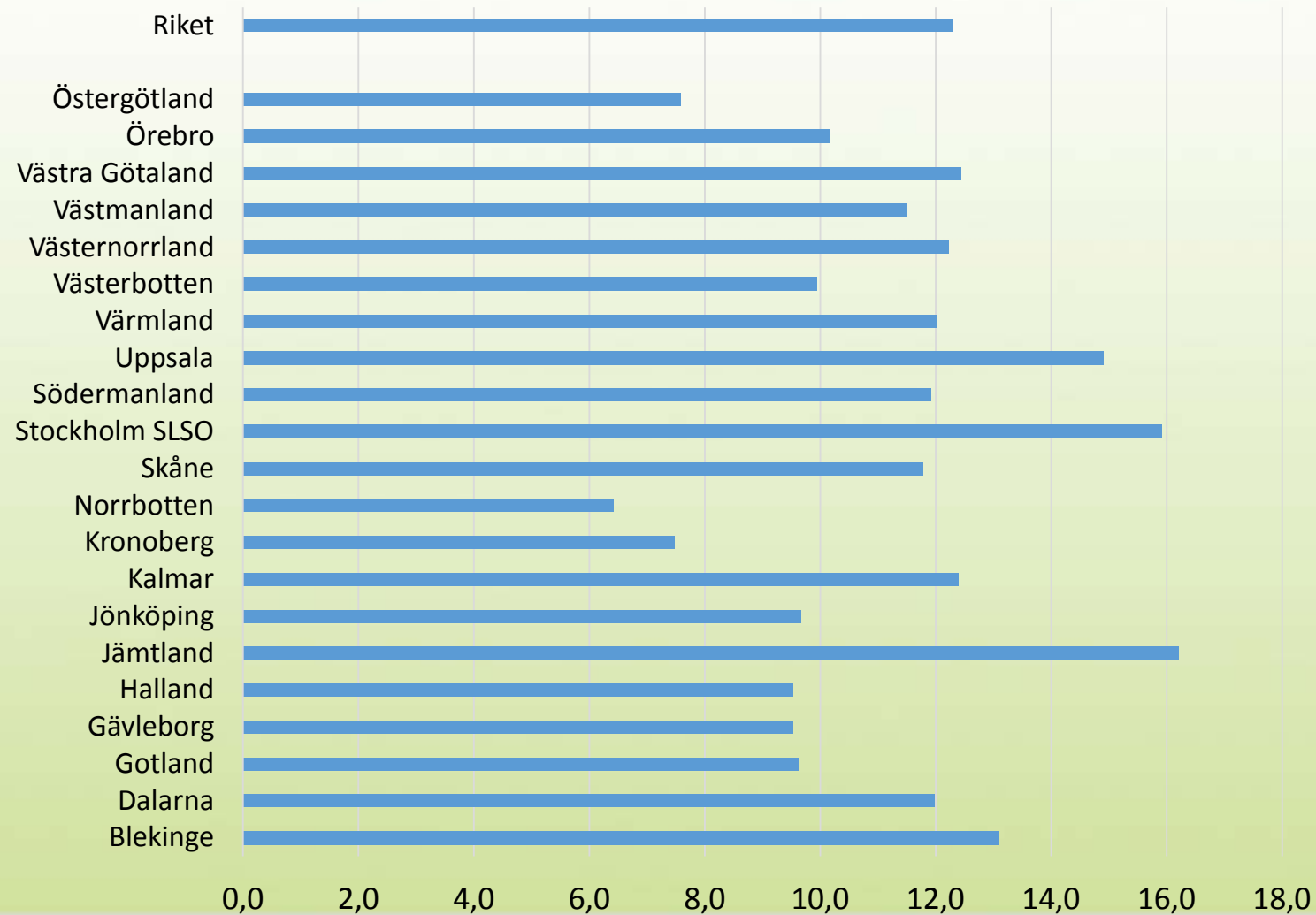


* Norrbotten: Uppgifter om hyrläkare saknas

Södermanland: exkl RPV. Ej privata.

Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015

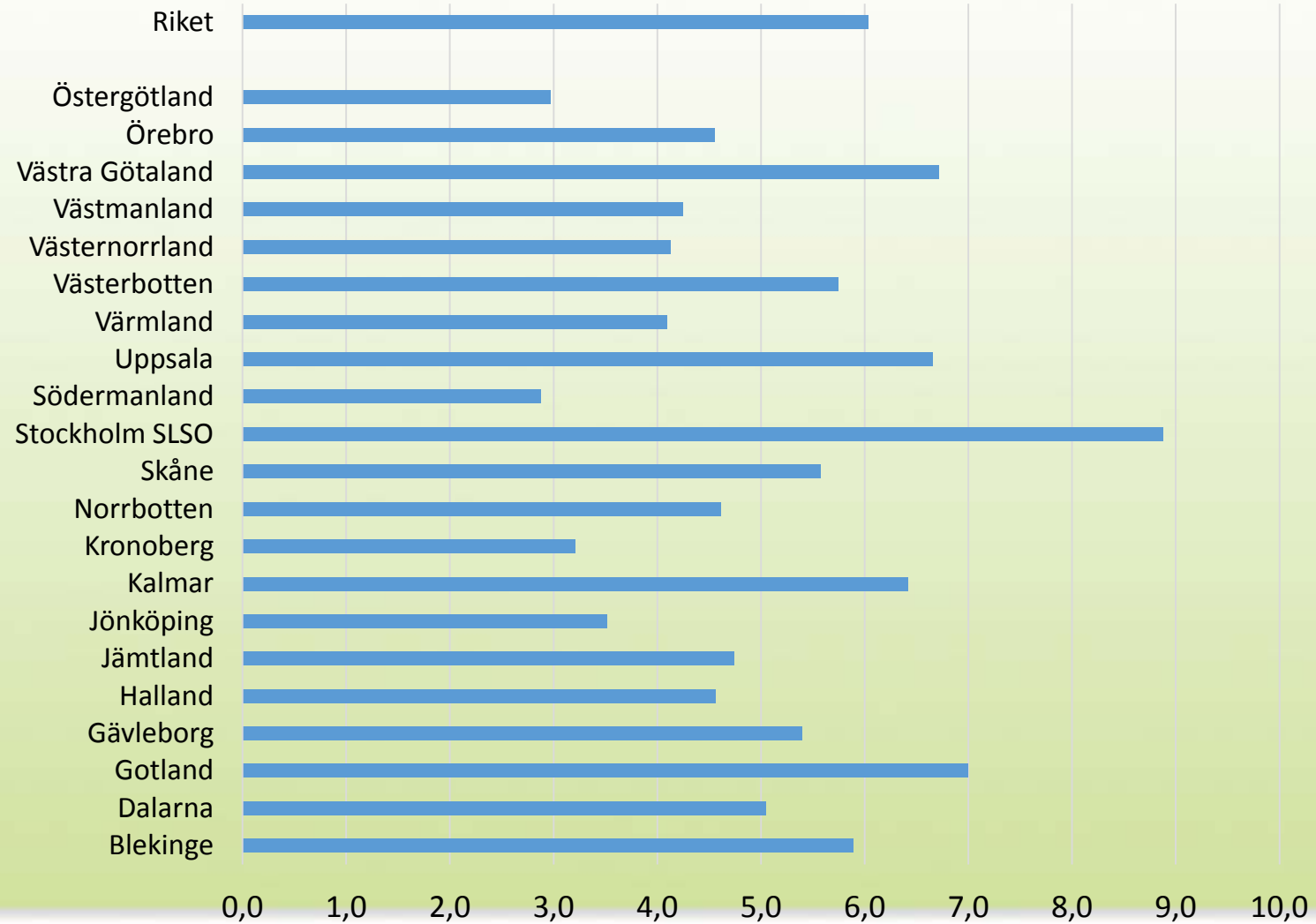
Läkarbemanning VUP och RPV,
spec i klin tj+hyrlinjer/100.000 inv*



* Södermanland: exkl RPV. Gotland 57 161 inv. Ej privata

Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015

Läkarbemanning VUP och RPV, antal ST-/100.000 inv* Preliminära siffror



* Södermanland: exkl RPV. Gotland 57 161 inv. Ej privata

Källa: Martin Rödholm, SKL, kartläggning april-maj 2015



Reglemente för Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.		Nyutgåva	

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SYFTE.....	4
2	UPPGIFTER.....	4
3	LEDAMÖTER	4
4	ARBETSFORMER.....	5
5	ERSÄTTNING	5
6	SAMMANTRÄDEN	5
7	ÖVRIGT.....	5

1 SYFTE

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen är en samrådsgrupp för frågor som rör personer med någon typ av funktionsnedsättning. Rådet består av representanter från funktionshinderrörelsen i Jämtland och Härjedalen, förtroendevalda och tjänstemän från Region Jämtland Härjedalen, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan.

Funktionshinderrörelsen bereds genom sina representanter i rådet möjlighet att framföra synpunkter på Region Jämtland Härjedalen verksamheters utformning samt möjlighet att föreslå förändringar och förbättringar i frågor som har aktualitet för grupperna. Rådets inhämtande av synpunkter ska ske i så tidigt skede att synpunkter och förslag kan påverka ärendets handläggning i aktuell nämnd eller styrelse. Rådet ska vara ett referensorgan med överläggningsrätt i frågor som rör personer med funktionsnedsättning. Överläggningsrätt innebär att rådet ska informeras och att samråd ska ske.

2 UPPGIFTER

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska:

- verka för att organisationen i sina verksamheter tillförsäkrar människor med funktionsnedsättningar delaktighet och jämlikhet
- framföra önskemål och vara rådgivande i frågor som rör organisationens verksamheter för personer med funktionsnedsättning
- lämna synpunkter eller underlag till aktuella remisser eller delar av remisser som rör personer med funktionsnedsättning
- bevaka hjälpmedelsförsörjningens utveckling i enlighet med antagen hjälpmedelspolicy för länet
- sprida information om funktionshinder- och hjälpmedelsfrågor till berörda i Jämtland Härjedalen
- följa forskning och utveckling inom funktionshinder- och hjälpmedelsområdet

3 LEDAMÖTER

Tillgänglighetsrådet består av 13 ordinarie ledamöter. Ordförande tillsätts av Regionstyrelsen (1 förtroendevald ledamot), Region Jämtland Härjedalen (1 ledamot), Försäkringskassan (1 ledamot), Arbetsförmedlingen (1 ledamot). Funktionshinderrörelsen utser inom sig 9 ledamöter representerande Synskadades riksförbund i Jämtlands län (1 ledamot), Förbundet för ett samhälle utan rörelsehinder (1 ledamot) samt Handikappsamverkan i Jämtland (7 ledamöter). För varje ledamot ska en ersättare finnas.

Sakkunniga kan adjungeras till rådet.

Distriktsorganisationerna som ingår i tillgänglighetsrådet ska före den 1 november det år då allmänna val genomförs utse ledamöter och ersättare till rådet.



4 ARBETSFORMER

Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen:

- Utser inom sig ordförande och vice ordförande. Ordförande ska utses bland de förtroendevalda och vice ordförande bland representanterna från handikapporganisationerna. Regiondirektören utser sekreterare för rådet
- Planerar själv sin verksamhet
- Utser inom sig arbetsutskott och kan vid behov tillsätta arbetsgrupp/arbetsgrupper
- Ska få utbildning liknande den som erbjudas politiskt förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen
- Ska årligen delge regionstyrelsen sitt årsboksut
- Har rätt att väcka ärenden hos regionstyrelsen

5 ERSÄTTNING

Ledamöterna i Tillgänglighetsrådet har rätt till arvode, traktaments- och resersättning enligt fullmäktiges fastställda regler för förtroendevalda i Region Jämtland Härjedalen.

6 SAMMANTRÄDEN

Skriftlig kallelse, föredragningslista samt handlingar av vikt ska vara tillgängliga för rådets ledamöter och för kännedom till rådets ersättare senast en vecka före sammanträden.

Rådet ska sammanträda fyra gånger per år.

Extra sammanträde ska hållas om rådets ordförande, vice ordförande eller mer än hälften av rådets ledamöter begär det.

Vid sammanträden ska protokoll föras. Protokollet ska justeras av en ledamot från handikapporganisationerna.

Fullständiga protokoll ska delges ledamöter och ersättare i rådet samt regionstyrelsen. Protokoll ska finnas tillgängliga på www.regionjh.se

7 ÖVRIGT

För Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen ska det finnas en budget.

Ändring av detta reglemente kan aktualiseras av Tillgänglighetsrådet i Region Jämtland Härjedalen och regionstyrelsen.



Regler för flaggning inom Region Jämtland Härjedalen

Version: 1

Beslutsinstans: Regionstyrelsen



ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring	Beslutat av
1.	2015-01-11	Nyutgåva	Regionstyrelsen 2016-01-18--19



INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	4
2	VÄRDET AV FLAGGNING	4
3	REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS FLAGGSTÄNGER	5
4	REGLER FÖR FLAGGNING	5
4.1	Kalendarium för flaggning	5
4.2	Flaggregler	6
4.3	Ansvarsförhållanden och kostnader för flaggning	7
4.4	Avvikelser från regler	7



1 INLEDNING

De här reglerna anger bestämmelser för vilka flaggor som ska pryda Region Jämtland Härjedalens officiella flaggstänger och vid vilka tillfällen de ska hissas. Reglerna är också vägledande för flaggning på Region Jämtland Härjedalens övriga flaggstänger och fasadfästen för flaggor.

Syftet med reglerna är att flaggning ska ske på rätt sätt och på ett sätt som medborgarna inom Region Jämtland Härjedalen kan känna samhörighet med.

Utgångspunkt för reglerna är Region Jämtland Härjedalens vision, värdering och kärnvärden samt *Lag om Sveriges flagga* (SFS 1982:269), *Förordning om allmänna flaggdagar* (SFS 1982:270) och rekommendationer från Stiftelsen Sveriges nationaldag.

2 VÄRDET AV FLAGGNING

Flaggor har på olika sätt ett stort symbolvärde för många människor. Det finns också en stark tradition hos enskilda och för organisationer och föreningar att flagga vid högtidsdagar och vid särskilda evenemang. Flaggan, i egenskap av nationalsymbol, ska också behandlas med respekt. Region Jämtland Härjedalens förhållningssätt till flaggning bestäms utifrån organisationens fastställda vision, värdering och kärnvärden.

Region Jämtland Härjedalens vision är *"En region att längta till och växa i"*. De kärnvärden som ska prägla medarbetare, plats och organisation är *välkomnande, handlingskraft och pålitlighet*. Visionen och kärnvärdena har sin utgångspunkt i värdegrunden *"Regionens medarbetare ska i dagliga möten och samtal handla med respekt för alla människors lika värde, visa förtroende för andra och utgå från en helhetssyn på regionen och de som regionen är till för"*. Kärnvärdet *välkomnande* innebär att öppenhet, jämlikhet och jämställdhet, mångfald och relationsskapande ska vara vägledande för alla medarbetare och för alla aktörer som på olika sätt marknadsför platsen Jämtland Härjedalen. Region Jämtland Härjedalen är också samisk förvaltningsmyndighet, med ett särskilt ansvar för att främja samisk kultur.

Utifrån Region Jämtland Härjedalens vision, värdegrund och kärnvärden är mångfald, jämlikhet, jämställdhet viktiga frågor. Utgångspunkten är att alla ska behandlas lika – oavsett kön, ålder, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, sexuell läggning, funktionsnedsättning, könsidentitet och könsuttryck – och att olika uppfattningar ska respekteras. Region Jämtland Härjedalen ska utifrån det stödja och vara pådrivande i arbetet med att avskaffa stereotypa föreställningar och hinder som utgör grunden för människors ojämlika villkor.

Att hissa olika flaggor, exempelvis Regnbågsflaggan vid offentliga pride-evenemang i länet/regionen och samiska flaggan är exempel på symbolhandlingar för att visa på organisationens inställning till frågorna.



3 REGION JÄMTLAND HÄRJEDALENS FLAGGSTÄNGER

Region Jämtland Härjedalen har flaggstänger vid följande platser:

- Tre flaggstänger vid entrén på Regionens hus.
- En flaggstång inne i sjukhusparken.
- En flaggstång vid Österängsskolan (fram till dess att lokalerna avyttras under 2016),
- Vid Folktandvården på Campus, Remonthagen samt vid Birka och Bäckedals folkhögskola finns idag en flaggstång på varje ställe.
- På några ställen finns också väggfästen för fasadflaggor.

Flaggstängerna vid Regionens hus och sjukhuset är Region Jämtland Härjedalens officiella flaggstänger.

4 REGLER FÖR FLAGGNING

Flaggstängerna vid Regionens Hus och i sjukhusparken är Region Jämtland Härjedalens officiella flaggstänger och har ett högt symbolvärde. På dessa flaggstänger flaggas Regionflaggan som är Region Jämtland Härjedalens officiella flagga, EU-flaggan, Svenska flaggan, Regnbågsflaggan, Nationella minoritetens flaggor och andra nationers flaggor i enlighet med de här reglerna. På övriga flaggstänger hissas Regionflaggan. De verksamheter som har väggfästen för fasadflaggor sköter flaggning själva i enlighet med principerna i de här reglerna.

4.1 Kalendarium för flaggning

Region Jämtland Härjedalen ska flagga vid följande tillfällen:

- På flaggstången i sjukhusparken ska regionflaggan hissas varje dag om inte den svenska flaggan eller EU-flaggan ska hissas enligt nedan.
- På flaggstången i sjukhusparken och på en av flaggstängerna vid Regionens hus ska den svenska flaggan hissas vid de allmänna flaggdagarna som återfinns i Förordningen (1982:270) om allmänna flaggdagar.
 - Den 1 januari, nyårsdagen
 - Den 28 januari, Konungens namnsdag
 - Den 12 mars, Kronprinsessans namnsdag
 - Påskdagen
 - Den 30 april, Konungens födelsedag
 - Den 1 maj
 - Pingstdagen
 - Den 6 juni, Sveriges nationaldag och svenska flaggans dag
 - Midsommardagen
 - Den 14 juli, Kronprinsessans födelsedag



- Den 8 augusti, Drottningens namnsdag
- Dag för val till riksdagen
- Den 24 oktober, FN-dagen
- Den 6 november, Gustav Adolfsdagen
- Den 10 november, Nobeldagen
- Den 23 december, Drottningens födelsedag
- Den 25 december, Juldagen

Svensk flagga ska också hissas i samband med nationella minoriteters högtidsdagar och vid utländska besök enligt bestämmelser i de här reglerna.

- På Europadagen den 9 maj ska EU-flaggan hissas på flaggstången i sjukhusparken.
- På flaggstängerna vid Regionens hus ska regionflaggan, EU-flaggan och den samiska flaggan hissas om inte flaggstängerna används för andra flaggor enligt dessa regler. Om flaggstängerna behöver användas för andra flaggor ska i första hand den samiska flaggan halas ner, därefter EU-flaggan och sist regionflaggan.
- Utöver den samiska flaggan ska de nationella minoriteternas flaggor tillsammans med svensk flagga hissas vid Regionens hus vid högtidsdagar som motsvarar nationaldagar för de nationella minoriteterna enligt nedan. I Sverige räknas samer, judar, romer, sverigefinnar och tornedalingar som nationella minoriteter.
 - Den 6 februari, Samernas nationaldag
 - Den 24 februari, Sverigefinnarnas nationaldag
 - Den 8 april, Romernas nationaldag
 - Den 15 juli, Tornedalingarnas bemärkelsedagEnligt Judiska Centralrådet i Sverige finns ingen fastställd nationaldag eller flagga för judar varför flaggning för den gruppen för närvarande inte sker.
- Regnbågsflaggan ska hissas på flaggstång vid Regionens Hus vid större HBTQ-arrangemang inom regionen.
- Vid utländskt besök hos Region Jämtland Härjedalen ska aktuell nations flagga tillsammans med svensk flagga hissas på flaggstång/flaggstänger vid Regionens hus enligt regler för flaggning med utländska flaggor (se nedan).
- Regionflaggor ska hissas varje dag på flaggstängerna vid Österängsskolan, Folkvandvården på Campus, Remonthagen samt vid Birka och Bäckedals folkhögskola.
- Politiska partier får inte flagga med sina flaggor på Region Jämtlands Härjedalens flaggstänger.

4.2 Flaggregler

- Vid flaggning på flaggstång ska flaggans längd vara 1/4 av stångens höjd.



- Vid flaggning på halvstång ska flaggan vara hissad till 2/3 av stångens höjd. Flaggan ska först hissas i topp och omedelbart därefter halas ned till angiven höjd. Samma sak då den ska halas ned - först i topp, sedan ned.
- 1 mars - 31 oktober hissas flaggan klockan 08.00. Under övrig del av året klockan 09.00. Flaggan halas vid solnedgången, dock senast klockan 21.00.
- Vid flaggning med flera utländska flaggor i rad ska flaggorna placeras i fransk alfabetisk ordning. Grundregeln är att svenska flaggan alltid intar hedersplatsen, det vill säga i mitten av flaggraden, vilket är enklast med udda antal stänger. Vid flaggning med en svensk och en utländsk flagga placeras den svenska flaggan "heraldiskt höger", vilket innebär att den svenska flaggan hissas till höger om man står med ryggen mot den byggnad som ska flaggsmyckas.
- Vid flaggning från flera stänger med enbart nordiska flaggor placeras flaggorna i svensk alfabetisk ordning från heraldiskt vänster till heraldiskt höger. Vid sådan flaggning placeras ofta en svensk flagga mellan var och en av de övriga nordiska flaggorna.
- Vid flaggning på stänger av olika längd, placeras de svenska flaggorna på de högre stängerna. Vid flaggning med svenska och endast en utländsk nations flaggor, hissas de högre stängerna med svenska flagga heraldiskt höger.
- Nationsflaggor har högst rang följt av FN-flaggan, EU-flaggan, kommunflaggan, företagsflaggor och liknande.
- När bolags-, förenings- eller eventflaggor hissa samtidigt med den svenska flaggan gäller principen heraldisk höger.
- Flaggning på halv stång sker som regel på dödsdagen eller dagen efter samt på begravningsdagen. Då flaggningen är avslutad hissas flaggan i topp och därefter omedelbart ned.

4.3 Ansvarsförhållanden och kostnader för flaggning

- Regionflaggan beställs av kommunikationsstaben.
- Inköp av övriga flaggor och i förekommande fall hyra av flaggor görs av Samordningskansliet.
- Fastighetsenheten ansvarar för samtliga flaggstängers och väggfästens funktion och underhåll.
- Vaktmästeriet ansvarar för att hissa och dala flaggor vid Regionens Hus och i sjukhusparken. Övriga flaggstänger och väggfästen sköts av verksamheterna själva.
- Fastighetsenheten ansvarar för lagerhållning av flaggor.

4.4 Avvikelser från regler

Beslut om avvikelser från de här reglerna får göras av regionstyrelsen eller av den regionstyrelsen har bestämt.

Förslag avseende dagens landstingsfinansierade IVF-behandlingar

Region Jämtland Härjedalen har ökat erbjudandet utifrån en harmonisering av utbudet i landet. Detta är delvis en följd av den nya patientlagen.

Regionen erbjuder från 20150101:

- 3 IVF-försök inkl alla frys (tidigare totalt 2 embryoöverföringar)
- ålder 40 år mot tidigare 38
- inga gemensamma barn, tidigare minst en part barnlös

Sammantaget är det ett betydligt generösare erbjudande till befolkningen som inte fullt ut är finansierat. Ett förslag från kvinnosjukvården är att inte bekosta resor och boende i samband med behandlingar. Det är en kostnad och är förenat med en ganska omfattande administration för kliniken och länstrafiken då behandlingsorter kan vara Umeå eller Falun och antalet patientbesök vid IVF-kliniken kan variera mellan behandlingsorterna.

Verksamheten föreslår att de nya rutinerna gäller för alla par från 20160101

Östersund 2015-10-27

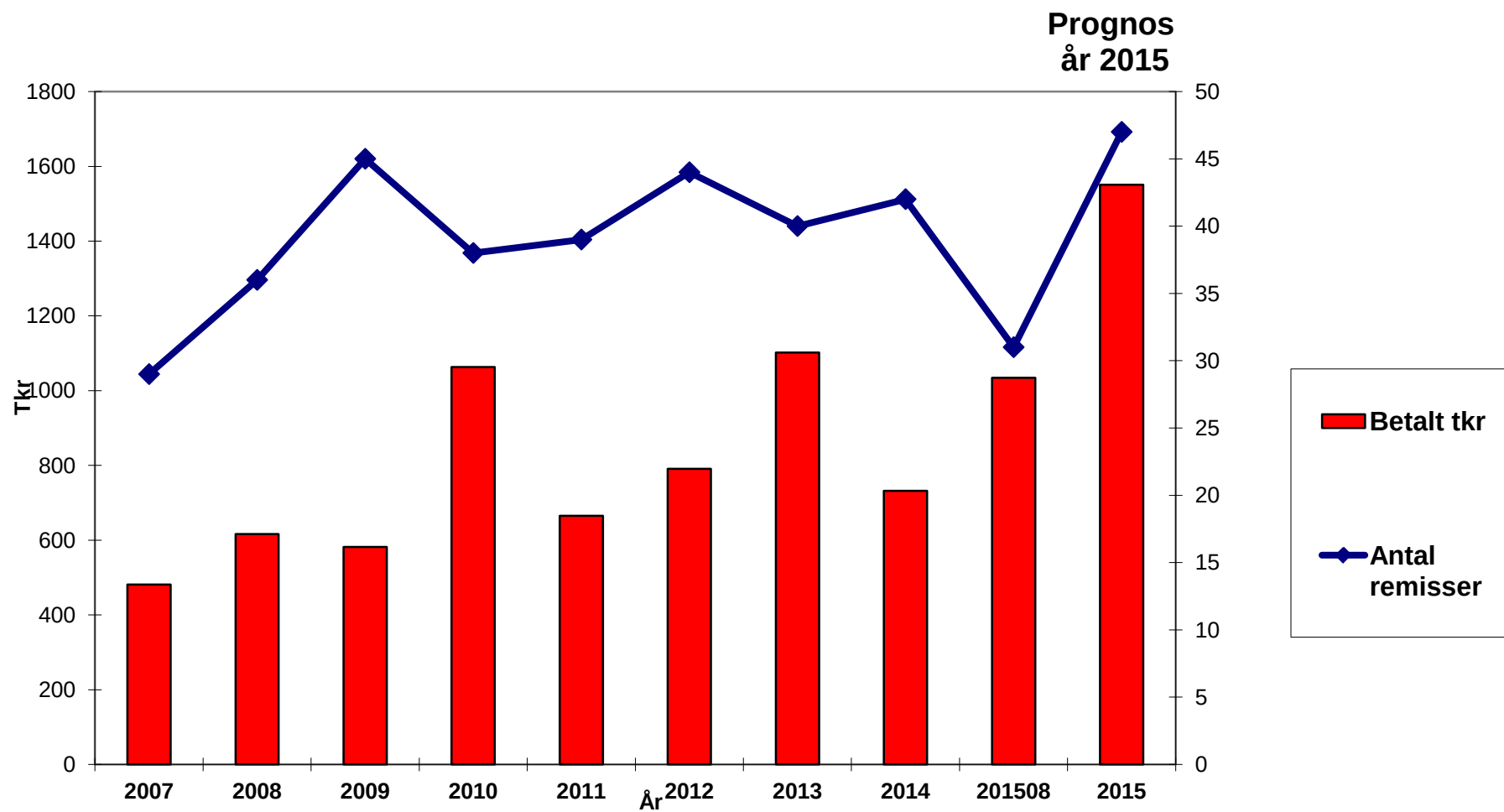
Irène Hoglert

Verksamhetschef område Kvinna

Eva Spetz

MLA område Kvinna

IVF antal remisser och kostnader



§ 146 Revidering av ekonomiskt resultat 2015 i regionplan 2015-2017 (RS/1761/2015)

Ärendebeskrivning

Protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde 2015-11-23, § 259, om revidering av ekonomiskt resultat 2015 i regionplan 2015-2017 (RS/1761/2015).

Landstingsfullmäktige beslutade den 10 december 2014, § 274, om Reviderad regionplan 2015-2017. I den återfinns en ramfördelning som baserat på beräknade skatteintäkter och övrig finansiering skulle ge ett ekonomiskt resultat 2015 på -96 miljoner kronor. Resultatet för 2016 budgeterades till -24 miljoner kronor och för 2017 +8 miljoner kronor. Dessa resultat förutsatte att resultatförbättrande åtgärder enligt den långsiktiga planen för god ekonomisk hushållning skulle genomföras i en takt så att nettokostnadsutvecklingen 2015 kunde begränsas till 2,1 %. De ekonomiska uppföljningsrapporterna som gjorts under 2015 visar på en ökning av underskottet och en nettokostnadsutveckling som kraftigt överstiger takten i intäktsökningen.

Prognosen för helår 2016 har sedan april varit oförändrad och är – 265 miljoner kronor. Det är 103 miljoner kronor sämre än utfallet 2014. Det ger också en budgetavvikelse med –169 miljoner kronor i jämförelse med fullmäktiges resultatkrav för året på -96 miljoner. Region Jämtland Härjedalens resultat till och med oktober 2015 är -106 miljoner kronor. Justerat för erhållna engångseffekter i form av återbetalning från AFA försäkring med 22 miljoner kronor och retroaktiv ersättning för dyra Hepatitläkemedel med 7 miljoner kronor är resultatet -135 miljoner kronor. 2014 års underskott för motsvarande period var -60 miljoner kronor. Verksamheten redovisar till och med oktober ett underskott på -140 miljoner kronor och finansieringen ett överskott på 34 miljoner kronor.

En ingående ekonomisk obalans samt fortsatt ökade kostnader för egen personal och bemanningsföretag är de huvudsakliga orsakerna till underskottet. Även kostnader för läkemedel och medicinskt material har ökat. Den totala nettokostnadsutvecklingen jämfört med oktober 2014 är 5,4 procent justerat för jämförelsestörande poster. Det är en lägre takt än under första halvåret. Kostnadsökningen för egen personal samt bemanningsföretag är ca 6,7 procent (119 miljoner kronor) jämfört med 2014. Enskilt har kostnaden för bemanningsföretag ökat med ca 52 procent (33 miljoner kronor). Läkemedelskostnaden har ökat med 7 procent. Kostnaden för riks- och regionvård har minskat något, 6 miljoner kronor, jämfört med 2014 men ligger ändå på en nivå som är 10 procent (25 miljoner kronor) högre än 2013.

Med anledning av det prognostiserade underskottet har beslut tagits om ett antal resultatförbättrande åtgärder. Den långsiktiga utvecklingsplanen för god ekonomisk hushållning för 2015-2025 (RS/337/2015) innehåller åtta satsningsområden och 17 åtgärds paket för att uppnå kostnadsminskningar på 120 miljoner kronor. För 2015 finns resultatförbättrande åtgärder motsvarande 10 miljoner kronor, för 2016 36 miljoner kronor, 30 miljoner kronor för 2017 samt 29 miljoner kronor för 2018.

Planen kommer årligen att revideras av regionfullmäktige. Långsiktig utvecklingsplan för god ekonomisk hushållning påverkar innehållet i den regionplan för kommande tre år som fullmäktige varje år fattar beslut om. Utöver den långsiktiga utvecklingsplanen beslutade regionstyrelsen på sitt sammanträde den 28-29 april, § 113, om ytterligare åtgärder. De omfattade:

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Regionfullmäktige
2015-11-24--25

- Genomlysning av bemanningssituationen. Målet är att under 2015 reducera ökningen av antalet årsarbetare 2014 med 50 % vilket skulle ge en besparing på ca 20 miljoner kronor.
- Översyn av effektivitet i styrningen med rådande organisatoriska indelning.
- Inleda en fördjupad diskussion med landstinget Västernorrland om samverkan och samordning av verksamhet och funktioner.
- Generell översyn av områden inom regionen som kan samordnas och därigenom ge en ökad kostnadseffektivitet.
- Inrättande av särskilt kompetenskonto där medel tillförs baserat på resultatförbättringens storlek.
- Under våren och försommaren genomfördes en extern genomlysning av organisationen och i augusti presenterade regiondirektören ramar för en ny och mer effektiv organisation. Arbetet med övriga ovanstående åtgärder fortgår.

De åtgärder som har beslutats och pågår bedöms inte kunna leda till ett resultat som understiger det prognostiserade resultatet per helår på -265 miljoner kronor. Regionstyrelsen bör därför få rätt att överskrida budgeten till ett resultat på -265 miljoner kronor.

Regiondirektörens förslag

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionstyrelsen får för 2015 överskrida budgeten med på 169 miljoner kronor.

REGIONSTYRELSENS BESLUT

Regionstyrelsen föreslår regionfullmäktige

Regionstyrelsen får för 2015 överskrida budgeten med på 169 miljoner kronor.

Protokollsanteckning

Thomas Andersson (C) och Elin Lemon (C) deltar inte i beslutet

Regionfullmäktige godkänner att Bernt Söderman, revisor, lämnar synpunkter i ärendet.

Yrkanden

Lennart Ledin (L) yrkar avslag på regionstyrelsens förslag och lämnar följande tilläggsyrkande:

”De resultatförbättrande åtgärderna kompletteras med ett uppdrag till regionstyrelsens att i dialog med regionens kommuner ta fram ett underlag och en plan för hur regionen också snarast möjligt kan bli en primärkommun organiserad med former för en väl fungerande lokal demokrati och en tillfredsställande service till regionens alla invånare.”

Eva Hellstrand (C) yrkar på återremiss ”för att ge revisorerna möjlighet att kommentera förslaget och dess följder. Om återremiss faller yrkar jag avslag.”

Eva Hellstrand (C) yrkar också avslag på Lennart Ledins (L) tilläggsyrkande.

Mats El Kott (L) och Mikael Säbom (SD) yrkar avslag på regionstyrelsens förslag.

Thomas Andersson (C), Anna Hildebrand (MP) och Lars-Erik Olofsson (KD) yrkar bifall

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

Regionfullmäktige
2015-11-24--25

till Eva Hellstrands (C) återremissyrkande.

Ann-Marie Johansson (S), Christer Siwertsson (M) och Anton Hammar (S) yrkar bifall till regionstyrelsens förslag.

Jörgen Larsson (C), Jan-Olof Andersson (M), Berit Johansson (C), David Berglund (S), Monalisa Norrman (V) och Elin Hoffner (V) yttrar sig.

Ajournering

Sammanträdet ajourneras kl.12.05 för lunch.

Sammanträdet återupptas kl. 13.05.

Proposition

Ordföranden ställer proposition på om ärendet ska avgöras idag eller om det ska återremitteras och finner att ärendet ska avgöras idag.

Omröstning

Omröstning begärs.

Propositionsordning

Den som bifaller att ärendet avgörs idag röstar ”Ja”

Den som bifaller att ärendet återremitteras röstar ”Nej”.

Omröstningsresultat

Med 36 ja-röster, 18 nej-röster och 1 frånvarande finner ordföranden att ärendet ska återremitteras (se bifogat omröstningsprotokoll).

REGIONFULLMÄKTIGES BESLUT

Ärendet återremitteras för att ge revisorerna möjlighet att kommentera förslaget och dess följder.

Utdrag till

Regionstyrelsen

Justerandes sign			Utdragsbestyrkande

TAXOR OCH PRODUKTER – LÄNSTRAFIKEN I JÄMTLANDS LÄN AB

Inledning

Länstrafiken i Jämtlands län (Länstrafiken) produkter har varit oförändrade i ca 15 år. Priserna har räknats upp årligen. Av tekniska skäl måste produkten Best Price (BP) utgå. Beslut togs i Länstrafikens styrelse september 2014 om att produkten ska utgå. Det har föranlett en lite större översyn av taxor och produkter. Nyligen har en motsvarande översyn gjorts av Norrlandsresans taxor och produkter. Av beslut om Norrlandsresan framgår att det är ett önskemål att Norrlandsresan och länstaxan inom respektive län ska närma sig varandra (Regionfullmäktige/853/2015).

Vid förändring av produkter måste hänsyn tas till hantering i biljettmaskiner, giltighet på Norrtågstrafiken, tätortstrafiken i Östersund och effekter för färdtjänst- och sjukresetaxan i de kommuner som har samordnat den särskilda kollektivtrafiken.

Utredningen har genomförts i samarbete mellan Länstrafiken i Jämtlands län AB och regional kollektivtrafikmyndighet.

Resultat WSP samordnat taxesystem för de fyra nordligaste länen

Konsultfirman WSP har på uppdrag av de fyra nordliga länen Jämtland, Västerbotten, Västernorrland och Norrbotten gjort en rapport – Samordnat taxesystem för de fyra nordligaste länen, 2014-02-02.

Av rapporten framgår att i Jämtland är bilen billigare än enkelbiljett vuxen på resor upp till 10 km, med två personer i bilen är bilen billigare på resor upp till 50 km. Länskorten är i regel mycket billigare än bilresa redan på så korta avstånd som 20 km. Avståndszonerna är olika många och avståndintervallen är olika långa i de fyra Norrlandslänen, det kan finnas skäl att harmonisera detta.

Slutsatsen är att om målet är att öka kollektivtrafikens attraktivitet och konkurrensförmåga och samtidigt eftersträva oförändrade eller ökade intäkter bör en taxeförändring således inriktas mot att sänka priserna för korta resor och samtidigt höja priserna för långa resor.¹

Av utredningen framgår vidare att med utgångspunkt från inkomstuppgifter för 2011 avseende sammanräknad förvärvsinkomst i de fyra nordligaste länen och uppdelad på åldersklasser tjänar ungdomar 20-24 år ca 44 % av vad vuxna (30-65 år) gör, personer 25-29 år tjänar 68 % av vad vuxna gör, för personer 65-75 år är inkomsten ca 75 % av kategorin vuxnas inkomst, för äldre personer är inkomsten lägre.²

¹ Samordnat taxesystem i de fyra nordligaste länen, WSP sid 16.

² Samordnat taxesystem i de fyra nordligaste länen, WSP sid 31-32.

Vision och mål

Taxor och produkter är en del av helheten för kollektivtrafiken. I trafikförsörjningsprogrammet 2013-2015 finns mål

- att öka marknadsandelen,
- att Länstrafikens självfinansieringsgrad ska öka och
- att antalet konsumentresor ska öka.

Taxor och produkter av stor betydelse för att dessa mål ska kunna uppnås.

- För Norrlandssamarbetet finns även ett mål att Norrlandsresan och länstaxan inom respektive län ska närma sig varandra.

- För kund ska det vara enkelt att köpa sin resa och den ska upplevas som prisvärd.

Enkelhet kan betyda olika saker för olika resenärsgupper som pendlare och sällanresenärer. Med pendlare avses arbets- och studiependlare ej gymnasieungdomar, med sällanresenärer avses tjänsteresor, sjukresor och fritidsresor.

Ålderskategorier och produkter

Nuläge

Länstrafiken i Jämtland erbjuder följande ålderskategorier och produkter:

Kategorier	Ålder	Rabattsats	Produkter
Barn,	0-6, 7-19	50%	Enkelbiljett, Best Price,
skolungdom		30%	länskort
Vuxen	20-64	0%	Enkelbiljett, Best Price, länskort
Senior	65--	30%	Länskort och Seniorkort

Enkelbiljett målgruppen är sällanresenären. Den gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund.

Best Price (BP) används främst av pendlare inom pendlaravstånd under 30 km. Kortet ger 10 % rabatt från första resan, så BP fungerar som rabattkort för sällanresenärer oberoende av resans längd. Kortet är giltig på Norrtåg för resor inom länet. Det gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund.

Länskort används av pendlare med längre resor än 30 km eller för den som resor på olika relationer i länet, kortet har 30 dagars giltighet. Finns även för 5 och 15 dagar. Kortet är giltig på Norrtåg för resor inom länet. Det gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund.

Seniorkortet är ett kort som förutsätter köp i minst 12 månader. Det gäller för obegränsat resande inom Länstrafiken och för övergång till tätortstrafiken i Östersund, gäller ej på Norrtåg.

Förslag

Kategorier	Ålder	Rabattsats	Produkter
Barn, skolorngdom	0-6, 7-19	50%	Enkelbiljett, periodkort, länskort, rabattkort
Ungdom, unga vuxna	20-25	25%	Periodkort, länskort, rabattkort
Vuxen	26-64	0%	Enkelbiljett, periodkort, länskort, rabattkort
Senior	65--	25%	Periodkort, länskort, rabattkort
Senior	65--		Seniorkort

En ny ålderskategori införs **ungdom** (eller unga vuxna) för 20-25 åringar. Det finns goda skäl att införa kategorin.

- RUS mål – attraktivitet, underlättar ungdomars övergång till vuxen
- Ungdomskort 6-19 år köps av kommunerna, stort steg till vuxenpris
- Harmonisering med Norrlandsresan och grannlänens taxor
- 20-25 åringar har svag ekonomi, studerande, nya på arbetsmarknaden, arbetslösa

Rabatt för ungdom/unga vuxna 20-25 år ger lägre intäkter ca 1 500 000 kr vid oförändrat resande. Förhoppningsvis ska resandet bland unga vuxna öka tack vare rabatten.

Att införa periodkort och rabattkort för skolorngdom och seniorer ger liten ekonomisk effekt. I kategorin skolorngdom har länets ungdomar utom de i Strömsunds kommun fått ungdomskort från hösten 2015. I kategorin seniorer dominerar seniorkortet.

Ett **periodkort** införs. Det ska passa pendlare. Det är avståndsrelaterat, gäller 30 dagar med obegränsat resande på den bestämda sträckan. Det längsta avståndsintervallet för periodkort blir ett **länskort**. Det är oförändrat mot befintligt länskortkort, giltigt för övergång till tätortstrafiken i Östersund och på Norrtåg.

Som ett komplement till periodkortet föreslås att ett **20-resors rabattkort** införs. Kortet gäller för en bestämd relation. Rabattkortet vänder sig till pendlare som inte åker regelbundet över 30 dagar och till sällanresenärer. Rabattkortet gäller för övergång till tätortstrafiken, det är inte giltigt på Norrtåg.

Samtliga produkter erbjuds alla kategorier med rabatt för barn, ungdom/unga vuxna och seniorer i förhållande till vuxna.

Betalformer

Länstrafiken har beslutat att kollektivtrafiken i länet ska vara kontantfri, ombord på fordonen, från juni 2016. För att klara detta utvecklas kortbetalning och mobilbiljetter samt betalformerna reskassa, företagskort och privatkort.

Betalformer	Målgrupper	Beskrivning
Reskassa	Sällanresenär	Resenären betalar in valfri summa pengar på sitt kort. Reskassa kan sedan nyttjas för resor på valfri relation. Reskassa ger 15 % rabatt på enkelbiljettpriset. Reskassa gäller på både buss och tåg. Tågoperatören sätter själv eventuell rabattsats.
Företagskort	Tjänsteresor	Ett företag, myndighet eller organisation kan ansöka om företagskort. Företaget efterdebiteras månadsvis. Kortet gäller för köp av enkelbiljetter.
Internet	Sällanresenärer och pendlare	Alla typer av kort kan laddas direkt via internet.

Priser vuxen

Avstånd km	Enkelbiljett	Periodkort 30 dagar		Rabattkort 20 resor	
	Enkelbiljett Kr	Periodkort 30 dagar	Pris/resa vid 40 resor	Rabattkort 20-resor	Pris/resa
0 - 10,9	30	730 kr	18 kr	459	23
11 - 13,9	30	750 kr	19 kr	471	22
14 - 15,9	35	810 kr	20 kr	509	26
16 - 17,9	40	850 kr	21 kr	534	27
18 - 19,9	45	900 kr	23 kr	566	28
20 - 21,9	50	950 kr	24 kr	597	30
22 - 25,9	55	1 000 kr	25 kr	629	32
26 - 29,9	60	1 050 kr	26 kr	660	33
30 - 33,9	65	1 100 kr	28 kr	691	35
34 - 37,9	70	1 150 kr	29 kr	723	36
38 - 41,9	80	1 200 kr	30 kr	754	38
42 - 45,9	95	1 250 kr	31 kr	786	39
46 - 49,9	100	1 300 kr	33 kr	817	41
50 - 53,9	110	1 350 kr	34 kr	849	43
54 - 57,9	120	1 400 kr	35 kr	880	44
58 - 61,9	125	1 450 kr	36 kr	911	46
62 - 65,9	135	1 500 kr	38 kr	943	47
66 - 69,9	145	1 500 kr	38 kr	943	47
70 - 73,9	150	1 500 kr	38 kr	943	47
74 - 77,9	155	1 500 kr	38 kr	943	47
78 - 85,9	165	1 500 kr	38 kr	943	47
86 - 93,9	175	1 500 kr	38 kr	943	47
94 - 101,9	185	1 500 kr	38 kr	943	47
102 - 109,9	200	1 500 kr	38 kr	943	47
110 - 119,9	210	1 500 kr	38 kr	943	47
120 - 129,9	220	1 500 kr	38 kr	943	47
130 - 139,9	235	1 500 kr	38 kr	943	47
140 - 149,9	245	1 500 kr	38 kr	943	47
150 - 159,9	260	1 500 kr	38 kr	943	47
160 - 169,9	270	1 500 kr	38 kr	943	47
170 - < km	280	1 500 kr	38 kr	943	47

Överväganden

Avståndsintervall – Länstrafikens intervall behålls. Avståndsintervallen har inte kunnat anpassas till Norrlandsresan, om priset på korta resor ska kunna sänkas. Taktaxan ligger kvar vid 170 km, d v s oförändrad. Behålls nuvarande avståndsintervall behöver taxan för särskild kollektivtrafik inte göras om.

Enkelbiljett i avståndsintervallet upp till 50 km är priset sänkt med 6 %, i genomsnitt. På längre avstånd är biljettpriset i genomsnitt oförändrat. Biljettpriset på avståndet 0- 10,9 km är harmoniserat med tätortstrafiken i Östersund. Biljetten gäller för övergång till Tätortstrafiken i Östersund, gäller ej på Norrtåg.

Periodkort – ersätter dagens Best Price och periodkort för frekventa resenärer på avstånd upp till 65,9 km. Biljettpriset på avståndet 0- 10,9 km är något högre än tätortstrafikens periodkort i Östersund, detta för att undvika att resenärer i tex Lugnvik köper ett av Länstrafikens periodkort istället för Stadsbussarnas periodkort, vilket skulle medföra att det endast genererar en övergångsersättning till Stadsbussarna istället för hela periodkortsintäkten. Vid 66 km avstånd blir periodkortet ett **länskort**, som gäller för obegränsat resande i hela länet. Länskortet kostar 1500 kr jämfört med dagens 1300 kr/30 dagar. Periodkort och Länskort gäller för övergång till Tätortstrafiken i Östersund, och på Norrtåg. Länskort gäller som delbetalning för Norrlandsresan.

Rabattkort/20-resorskort – ett nytt kort. Ett alternativ till periodkort för den som pendlar oregelbundet eller för sällanresenären. Priset ger minst 25 % rabatt jämfört med enkelresan. Rabattkort gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund, gäller ej på Norrtåg.

Övriga färdbevis

Det finns ett antal andra färdbevis, de redovisas nedan ev ändring anges.

Grupprabatt - Gruppbiljett 15 % rabatt vid minst fem betalande på enkelbiljettpriset, kan ej kombineras med annan rabatt. Gäller på Länstrafiken och övergång till tätortstrafiken, gäller ej på Norrtåg.

Dagbiljett - Dagbiljett vuxen 420 SEK. (150 % av enkelpris 170 km) Dagbiljett köps på bussen och gäller för obegränsat resande under en dag. Gäller på Länstrafiken och övergång till tätortstrafiken, gäller ej på Norrtåg.

Färdtjänstkort – gäller för färdtjänstberättigade inom Östersunds kommun. Gäller på Länstrafiken inom Östersunds kommun och tätortstrafiken, gäller ej på Norrtåg.

Ungdomskort - köps av en kommun och tillhandahålls samtliga i kommunen skrivna ungdomar 6-19 år, kortet är personligt. Det gäller för obegränsat resande inom Länstrafiken under hela året. Gäller för övergång till tätortstrafiken med ej på Norrtåg.

Elevkort – köps av en kommun och tillhandahålls skolskjutsberättigad elev. Kortet är personligt och gäller för två resor per skoldag. Gäller på Länstrafiken, övergång till tätortstrafiken och på Norrtåg. (Elevkort kan ersättas av ungdomskort.)

Fritidsmärke – skolungdomar med elevkort kan köpa till fritidsmärke. Kortet gäller då för obegränsat resande terminstid. Gäller på Länstrafiken, övergång till tätortstrafiken och på Norrtåg.

Tjänstekort – finns utfärdade för Länstrafikens entreprenör och kan användas i tjänsten, ej på Norrtåg.

Nattaxa – ordinarie färdbevis gäller på nattrafiken.

Seniorkort - ett personligt kort för personer fyllda 65 år, det gäller i minst 12 månader från det att kortet köps. Gäller på Länstrafiken, övergång till tätortstrafiken men ej Norrtåg.

Smartkort – ett personligt kort som gäller i minst 12 månader och ger ca 15 % rabatt på länskortet. Gäller på Länstrafiken, övergång till tätortstrafiken samt på Norrtåg.

Regler avseende anropsstyrd- och närtrafik

I dagsläget finns inga klara regler för avbokning och avgift för ej avbokad resa med den anropsstyrda eller närtrafiken. För att minska s.k.

bomköringar, dvs när en beställd resa inte genomförs eller avbokas, införs nu klarare regler för avbokning.

Avbokning måste göras senast 4 timmar före beställd resas avgång, till BC Jämtland. Görs ingen resa och inge avbokning skett debiteras avgift motsvarande kontrollavgift för resa utan färdbevis i linjetrafik, fn 400 kr.

Sammanfattning

Ovan redovisade förslag uppfyller målet om en harmonisering med Norrlandsresan så till vida att ålderskategorier, produkter och betalformer blir mer lika, avståndsintervallet förblir olika. Priser på enkelbiljetter blir något lägre på avstånd under 50 km och oförändrat på längre avstånd. Periodkort blir dyrare på avstånd över 50 km. En ny produkt, rabattkort, införs.

Den nya ålderskategorin ungdom/unga vuxna innebär förhoppningsvis att fler i den åldern ska resa mer i allmänna kollektivtrafiken.

Sammantaget ska förslaget leda till att kunderna uppfattar det som enkelt att köpa sin resa och den ska upplevas som prisvärd. Det bidrar till att uppnå Länstrafikens övergripande mål.

Förslag till beslut

- Produkterna Periodkort, Länskort och 20-resorskort införs för samtliga ålderskategorier, skolungdom erhåller 50 % på vuxenpriset, ungdom/unga vuxna och seniorer erhåller 25 % på vuxenpriset. På enkelbiljetter finns rabatt för skolungdom 50 %, oförändrat från idag.
- Länskort 5 och 15 dagar tas bort.
- Nya regler avseende avbokning av resa med anrop- eller närtrafik, vilket innebär en avgift motsvarande kontrollavgift för resa utan giltigt färdbevis med linjetrafik.
- Förändringarna avseende taxor och produkter dock inte betalformer, genomförs senast 2016-06-16.

Plats och tid:

Länstrafiken Hamngatan 14, Östersund
Den 16 oktober 2015, 09.00–12.30

Beslutande:

Thomas Andersson, ordförande
Thomas Hägg, deltog ej §119
Per-Erik Wåglin
Florian Stamm
Hans Wessén, deltog fram till och med §119
Anders Frimert

Övriga deltagande:

Stina Pihlström
Mattias Holmlund föredragande
Tove Månsson föredragande §115, §117, §118

Utses att justera:

Florian Stamm

Justeringens plats:

Länstrafikens Hamngatan 14, Östersund

Paragrafer:

112-128



Stina Pihlström
Sekreterare



Thomas Andersson
Ordförande



Florian Stamm
Justerande

§ 112 Styrelsesammanträdets öppnande och val av justerare

Ordföranden hälsar ledamöterna välkomna till mötet.
Ordföranden förklarar dagens möte öppnat.
Styrelsen föreslår att Florian Stamm justerar protokollet.

Styrelsen beslutar

att utse Florian Stamm att jämte ordföranden justera dagens protokoll.

§ 113 Fastställande av dagordning för mötet

Styrelsen beslutar

att fastställa dagordningen.

§ 114 Föregående protokoll

Föregående protokoll godkänns och läggs till handlingarna.

BESLUTSÄRENDEN§ 115 Fastställa slutlig budget 2016 4-2216-15

Tove Månsson föredrar kring slutlig budget 2016.

Styrelsen beslutar

att anta slutlig budget 2016.

§ 116 Nattaxans borttagande 4-2128-15

VD föreslår att upphöra med den speciella nattaxan på Länstrafikens bussar fr.o.m 151201.

Styrelsen beslutar

att fastställa VDs förslag.

§ 117 Justering biljettpriser fr.o.m dec 2015 4-2128-15

Tove går igenom föreslagen prisjustering om +3%

Styrelsen beslutar

att inte göra en prisjustering från 151201.

STYRELSEN

2015-10-16

3(4)

§ 118 Beslut om framtida taxor och produkter 4-2216-15

Tove går igenom förslaget kring framtida taxor och produkter.

Styrelsen beslutar

att rekommendera regionfullmäktige att anta föreslagen förändring av taxor och produkter med införande senast 160701.

§ 119 Beslut kring VD-avtal 3-2162-15
Thomas Hägg VD, lämnar rummet.

Ordförande föredrar kring nuvarande VD-avtal och förslag för överenskommelse för 2016.

Styrelsen beslutar

att anta VD-avtalet för 2016 för Thomas Hägg.

§ 120 Beslut kring sammanträdeskalender 2016

VD föredrar kring sammanträdeskalender 2016.

Styrelsen beslutar

att anta sammanträdeskalender för 2016.

RAPPORTER:§ 121 Verksamhetsrapport september 2015

Tove Månsson föredrar verksamhetsrapporten september 2015

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 122 Åtgärdsplan Bussgods

VD föredrar kring åtgärdsplan Bussgods.
Seminarium 2:a november 2016.

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 123 Presentation av styrkort

VD föredrar kring bolagets styrkort.

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 124 Färdtjänst vs Ungdomskort

Mathias Holmlund föredrar kring färdtjänst vs ungdomskort.

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 125 Norrtågsfrågor

Ordförande informerade kring Norrtåg.

Styrelsen beslutar

att lägga rapporten till handlingarna.

§ 126 Nästa styrelsesammanträde

Nästa styrelsesammanträde 14:e december, Länstrafikens kansli.

Julavslutning 18:e december för personal och styrelse.

§ 127 Övriga frågor

Frågan kring bemötande ombord på bussarna.

Ledningsgruppen får i uppdrag att titta på hur vi jobbar framöver med bemötande.

Ordförande informerade om genomförda konferenser, Svensk Kollektivtrafik, Infrastrukturkonferens i Åre, Samtrafiken.

§ 128 Avslutning av styrelsesammanträde

Ordföranden tackar ledamöter och deltagande tjänstemän för dagens sammanträde!

Sammanställning taxor och produkter

dec-15

1 (3)

Kort och biljetter				
Färdbevis	Giltighet	Övergång	Övrigt	Förändring jämfört med nuvarande kort och biljetter
Enkelbiljett dag	Gäller en bestämd sträcka.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund.		oförändrad
Periodkort	Gäller 30 dagar för obegränsat resande en bestämd sträcka.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund och för resor med Norrtåg inom länet.	För sträckor över 61, 9 km gäller kortet som ett länskort.	Nytt kort, ersätter BertPrice-kortet
Länskort	Gäller 30 dagar för obegränsat resande inom Länsstrafiken.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund och för resor med Norrtåg inom länet.		oförändrad
Smartkort Kortet är personligt	Samma giltighet som Länskort	Samma giltighet som Länskort	Gäller för minst 12 månader. Månadsbetalning via autogiro.	oförändrat
Seniorkort	Gäller för obegränsat resande inom Länsstrafiken	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund	Gäller för minst 12 månader. Månadsbetalning via autogiro.	oförändrad
20-resors rabattkort	Gäller för 20 resor en bestämd sträcka.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund.		Nytt kort, har 1-års giltighet
Dagbiljett	Gäller för obegränsat resande under en dag inom Länsstrafiken.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund		oförändrad
Gruppbiljett	Gäller en bestämd sträcka.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund	Minst fem betalande 15 % rabatt vid på enkelbiljettpriset, kan ej kombineras med annan rabatt.	oförändrad
Färdtjänstkort	Gäller för obegränsat resande inom Länsstrafiken inom Östersunds kommun och tätortstrafiken i Östersund.		Gäller för färdtjänstberättigade inom Östersunds kommun.	oförändrad
Ungdomskort Kortet är personligt.	Gäller för obegränsat resande inom Länsstrafiken under hela året.	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund.	Köps av en kommun och tillhandahålls samtliga i kommunen skrivna ungdomar 6-19 år.	oförändrad
Elevkort Kortet är personligt.	Gäller för två resor per skoldag. Gäller på Länsstrafiken,	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund och för resor med Norrtåg inom länet.	Köps av en kommun och tillhandahålls skolskjutsberättigad elev. (Elevkort kan ersättas av ungdomskort.)	oförändrad
Fritidsmärke	Elevkort gäller då för obegränsat resande terminstid inom Länsstrafiken	Gäller för övergång till tätortstrafiken i Östersund och för resor med Norrtåg inom länet.	Skolungdomar med elevkort kan köpa till fritidsmärke.	oförändrad
Företagskort	Gäller för köp av enkelbiljetter.	Gäller för övergång till tätortstrafiken.	Ställs ut till företag. Företaget debiteras månadsvis i efterskott.	oförändrat
Tjänstekort	Gäller för resor i tjänsten med Länsstrafiken		Personal hos Länsstrafikens entreprenör	oförändrat

Priser vuxen fr o m 2016-07-01					
Avstånd	Enkelbiljett kr	Nuvarande pris kr	Periodkort 30 dagar kr	Nuvarande pris kr	Rabattkort 20-resor
0 - 10,9 km	30	30	730	1300	459
11 - 13,9 km	30	34	750	1300	471
14 - 15,9 km	35	40	810	1300	509
16 - 17,9 km	40	48	850	1300	534
18 - 19,9 km	45	50	900	1300	566
20 - 21,9 km	50	52	950	1300	597
22 - 25,9 km	55	58	1000	1300	629
26 - 29,9 km	60	66	1050	1300	660
30 - 33,9 km	65	70	1100	1300	691
34 - 37,9 km	70	77	1150	1300	723
38 - 41,9 km	80	84	1200	1300	754
42 - 45,9 km	95	95	1250	1300	786
46 - 49,9 km	100	101	1300	1300	817
50 - 53,9 km	110	112	1350	1300	849
54 - 57,9 km	120	122	1400	1300	880
58 - 61,9 km	125	127	1450	1300	911
62 - 65,9 km	135	136	1500	1300	943
66 - 69,9 km	145	147	1500	1300	943
70 - 73,9 km	150	152	1500	1300	943
74 - 77,9 km	155	160	1500	1300	943
78 - 85,9 km	165	169	1500	1300	943
86 - 93,9 km	175	179	1500	1300	943
94 - 101,9 km	185	186	1500	1300	943
102 - 109,9 km	200	202	1500	1300	943
110 - 119,9 km	210	211	1500	1300	943
120 - 129,9 km	220	220	1500	1300	943
130 - 139,9 km	235	236	1500	1300	943
140 - 149,9 km	245	246	1500	1300	943
150 - 159,9 km	260	260	1500	1300	943
160 - 169,9 km	270	270	1500	1300	943
170 - - km	280	278	1500	1300	943
Dagbiljett	370	420			
Smartkort			1250	1090	
Seniorkort			252	252	

Rabatter jämfört med vuxenpriset			
Ålder	Rabattsats	Färdbevis	anm
Barn/skolungdom			
0-6, 7-19	50%	Enkelbiljett	oförändrat
0-6, 7-19	50%	Periodkort	nytt
0-6, 7-19	50%	Länskort	oförändrat
0-6, 7-19	50%	20-resors rabattkort	nytt
Senior			
65 -	25%	Periodkort	nytt
65 -	25%	Länskort	ny rabattsats
65 -	25%	20-resors rabattkort	nytt
65 -	25%	Seniorkort	oförändrat

Ungdom/unga vuxna fr o m 2017-07-01			
20-25	25%	Periodkort	nytt
20-25	25%	Länskort	nytt
20-25	25%	20-resors rabattkort	nytt

[FORMULÄR FÖR]
GARANTIFÖRBINDELSE AVSEENDE
HYRESMANS ÅTAGANDE

För det rätta fullgörandet av Norrtåg AB 556758-3496 (nedan kallat "**Hyresmannen**"), samtliga nuvarande och framtida förpliktelser i förhållande till AB Transitio, organisationsnummer 556033-1984 (nedan kallat "**Bolaget**"), enligt ingångna hyresavtal avseende spårfordon vilka Region Jämtland Härjedalen 232100-0214 (nedan kallat "**Borgensmannen**") har begärt att Bolaget skall beställa eller låta hyra ut, går Borgensmannen härmed i borgen såsom för egen skuld till dess full betalning sker. Borgensåtagande skall även omfatta de eventuella skadestånd som hyresmannen kan komma att förpliktas att utge till Bolaget enligt hyresavtal till följd av bristande uppfyllelse av ett eller flera åtaganden i sådant avtal.

Eventuella krav mot Borgensmannen med stöd av denna garantiförbindelse skall framställas skriftligen till Borgensmannen under adress:

Region Jämtland Härjedalen, Box 910, 831 29 Östersund

Twist i anledning av denna garantiförbindelse skall slutligen avgöras genom skiljedom enligt Regler för Stockholms Handelskammarers Skiljedomsinstitut. Skiljenämnden skall bestå av tre ledamöter. Institutet skall äga rätt att utse samtliga ledamöter även om särskilda omständigheter skulle föreligga. Skiljeförfarandet skall äga rum i Stockholm och på svenska språket.

Östersund den
Region Jämtland Härjedalen
gm

/Underskrift(-er)/

/Namnförtydligande(-n)/

9 9. UTHYRNING AV INFÖRSKAFFADE SPÅRFORDON

- 9.1 Bolaget skall till självkostnadspris ställa de spårfordon som Bolaget införskaffat till Godkänd Hyrestagares förfogande genom uthyrning enligt av Bolaget framtaget hyresavtal.
- 9.2 Sådan uthyrning skall primärt ske till Godkänd Hyrestagare med anknytning till den Aktieägare för vars räkning de aktuella spårfordonen är införskaffade.
- 9.3 Prissättning för uthyrning enligt ovan skall innebära skälig ersättning för Bolagets alla kostnader samt administration.
- 9.4 Om Aktieägare för vars räkning spårfordonen är införskaffade inte längre önskar hyra visst spårfordon eller inte längre önskar att Godkänd Hyrestagare med anknytning till Aktieägaren skall hyra visst spårfordon, skall övriga Aktieägare ges möjlighet att på marknadsmässiga villkor hyra spårfordonen eller anvisa annan Godkänd Hyrestagare som hyresman. Anmäler flera Aktieägare intresse av att förhyra de erbjudna spårfordonen, skall spårfordonen fördelas mellan Aktieägarna och av Aktieägare anvisad operatör genom skriftlig överenskommelse. Om dessa Aktieägare inte kan enas om fördelningen innan de aktuella spårfordonen måste förberedas för uthyrning, skall Bolagets styrelse på ett objektivet och omdömesgillt sätt fördela de aktuella spårfordonen efter främst följande kriterier; (i) Aktieägars behov av snabb leverans, (ii) Aktieägars behov av leverans av specifik fordonsmodell och (iii) för uthyrningen föreslagna villkor, varvid det för Bolaget ur finansiell synvinkel mest fördelaktiga erbjudandet skall äga företräde.
- 9.5 Om Aktieägare anvisar Godkänd Hyrestagare, som inte är Aktieägare, som hyresman av spårfordon, skall Aktieägaren vara skyldig att i förhållande till Bolaget utfärda en garantiförbindelse (i form av en proprieborgen) för hyresmannens rätta fullgörande av hyresbetalningar och övriga betalningar till Bolaget enligt hyresavtalet. Garantiförbindelsen skall, i allt väsentligt, ha den ordalydelse som framgår av bilaga 9. Om sådan garantiförbindelse inte utfärdas skall Aktieägaren inte äga rätt att anvisa hyresman.
- 9.6 Om Bolaget inte kan hyra ut spårfordon med full kostnadstäckning skall den Aktieägare eller de Aktieägare för vars räkning spårfordonen har införskaffats, alltid vara skyldig(-a) att förhyra spårfordonen av Bolaget enligt hyresavtalet som nämns i punkten 9.1, eller täcka hela kostnaden på annat för Bolaget, och enligt styrelsens mening, likvärdigt sätt. Så att Bolaget erhåller full kostnadstäckning.
- 9.7 Aktieägare för vars räkning spårfordonen är införskaffade som önskar hyra ut spårfordonen till tredje part skall alltså ansvara gentemot Bolaget och tillse att Bolaget erhåller full kostnadstäckning från Aktieägaren.

Regional utveckling/Kulturen
Ingrid Printz
Tfn: 063 -14 67 00
E-post: ingrid.printz@regionjh.se

2015-12-11

RUN/1282/2015

Förslag till ändring av Stiftelsen Jamtlis stadgar

Styrelsen för Stiftelsen Jamtli har begärt stiftarnas samtycke till ändring i stiftelseurkunden. Ändringarna avser; 1) namnändring från Jämtlands läns landsting, 2) arbetstagarrepresentation, 3) reglering av styrelsens beslutsföret, 4) antalet styrelseledamöter. Regionen har inga huvudsakliga invändningar mot förslagen förutom gällande punkten 2) arbetstagarrepresentation i stiftelsens styrelse, som föreslås avstyrkas.

Region Jämtland Härjedalen, kulturen, har samrått med Östersunds kommun, kommunledningsförvaltningen i ärendet samt tagit del av synpunkter från Heimbygda och Jämtlands läns Konstförening. Heimbygda och Jämtlands läns Konstförening har godkänt föreslagna ändringar. Regionens jurist och kommunens jurist har lämnat synpunkter utifrån gällande lagstiftning vilka redovisas nedan.

1. Namnändring

Förslag från Jamtlis styrelse:

Region Jämtland Härjedalen efterträder Jämtlands läns landsting och har tagit över samtliga landstingets uppdrag. Det innebär att Stiftelsen Jamtli har fått en ny stiftare som tar över alla plikter och rättigheter från före stiftaren. Namnändring kan göras i stadgarna.

Juristernas kommentar till namnändring:

Byte av namn till Region Jämtland Härjedalen i stället för Jämtlands läns landsting kan göras av styrelsen utan att kammarkollegiet behöver tillfrågas. Region Jämtland Härjedalen är samma juridiska person som Jämtlands läns landsting. Det är bara en namnändring som har gjorts. Med hänsyn till att detta är en stiftelse som förvaltar historien så bör man vara försiktig med namnbyte. Beteckningen landsting är den juridiskt rätta beteckningen på organisationen och används också till exempel i indelningslagen och i vallagen. Det har ingen rättslig betydelse att Jämtlands läns landsting står kvar i stadgarna. Det var vad landstinget hette när stiftelsen bildades.

Region Jämtland Härjedalen har inget att invända mot namnändringen

2. Arbetstagarrepresentation

Förslag från Jamtlis styrelse:

Det inskrivs i stadgarna att medarbetarrepresentanter kan delta i styrelsens sammanträden utan rösträtt. Det fungerar redan så idag sedan beslut i stiftelsens styrelse 15 februari 1989, § 2. Den praxis som har funnits sedan 1989 med grund i lagar och regler om medarbetarinflytande på arbetsplatser bör skrivas in i stadgarna.

Juristernas kommentar till arbetstagarrepresentation.

Arbetstagarnas inflytande i företag regleras i lagen (1987:1245) om styrelserepresentation för de privatanställda. Denna lag omfattar inte anställda i stiftelser. Arbetstagarorganisationer i stiftelser har således inte någon på laglig grund rätt att utse styrelseledamot i en stiftelse. Att föra in bestämmelsen i stiftelsens stadgar ger fackföreningarna en för framtiden rätt att närvara på sammanträdena. Om styrelsen i framtiden inte vill att fackföreningarna ska vara närvarande i styrelsen måste stadgarna ändras med allt vad det innebär och det är inte säkert att ändringen kan genomföras. Det bör även i fortsättningen vara en fråga för styrelsen att bestämma vid vilka sammanträden de fackliga organisationerna får närvara.

Region Jämtland Härjedalen avstyrker att i stiftelseurkunden reglera fackföreningarnas närvarorätt i styrelsen.

3. Styrelsens beslutsföret

Förslag från Jamtlis styrelse:

Styrelsen önskar en tydlighet kring styrelsens arbetsform och att det inte uppstår situationer där styrelsen inte kan fatta beslut. Förslaget innebär att ordförandes röst ska vara utslagsgivande vid eventuellt lika röstetal.

Juristernas kommentar gällande styrelsens beslutsföret.

Styrelsen beslutsföret regleras i stiftelselagen och behöver inte regleras i stiftelsens stadgar. Det som styrelsen vill uppnå med ändringen framgår redan av stiftelselagen. En reglering i stadgarna tar över stiftelselagens bestämmelser. Genom att ta in en sådan ”del-”bestämmelse i stadgarna kan osäkerhet uppkomma om tillämpningen av övriga bestämmelser i stiftelselagen om styrelsens arbetssätt.

Region Jämtland Härjedalen har inget att invända mot förslaget till reglering av styrelsen arbetssätt.

4. Antalet styrelseledamöter

Förslag från Jamtlis styrelse:

Styrelsen önskar ha möjligheten att komplettera sin kompetens genom att tillsätta ledamot eller två ledamöter **med** rösträtt och då göra så efter samråd med stiftarna.

Juristernas kommentar gällande antalet styrelseledamöter.

En stiftelse med egen förvaltning företräds av den särskilt utsedda styrelsen. Styrelsens uppdrag är att förvalta stiftelsens tillgångar. Ramen för förvaltningen är stiftelsens stadgar och ändamålet med stiftelsen. Styrelseledamöterna är inte representanter för den som har utsett dem och har inget uppdrag att företräda denne i stiftelsen. Mot bakgrund av det är det inte något problem för stiftarna att utöka antalet styrelseledamöter. Att styrelsen beslutar om detta och utser dessa ledamöter är helt i enlighet med stiftelselagen. Region Jämtland Härjedalens och Östersunds kommuns inflytande på verksamheten finns kvar oförändrad genom huvudavtalet och års-avtalen.

Enligt nuvarande stadgar ska styrelsen ha minst åtta ledamöter. Av dessa ska tre utses av Region Jämtland Härjedalen, två av Östersunds kommun, en av Heimbygda, en av Jämtlands läns konstförening och landsantikvarien utgör en ledamot. I förslaget till nya stadgar för Stiftelsen Jamtli ges styrelsen möjlighet att utse två extra

styrelseledamöter. Innan ett sådant beslut tas upp av styrelsen ska ordförande och vice ordförande för stiftelsen samråda med stiftarna, alltså regionen, kommunen, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening.

Styrelsens beslut fattas med enkel majoritet och vid lika röstetal är ordförandens röst utslagsgivande. En ledamot av styrelsen utför sitt styrelseuppdrag utifrån stiftelsens intressen även om ledamoten utses av t.ex. en annan organisation. Det finns ingen som äger stiftelsen till skillnad mot ett aktiebolag utan stiftelsen "är sin egen". Enligt nuvarande stadgar (och oförändrat i de föreslagna stadgarna) tillskjuter regionen och kommunen de medel som stiftelsen behöver enligt avtal mellan parterna.

Det är därför av vikt att regionen och kommunen kan få majoritet vid olika styrelsebeslut. Med nuvarande stadgar utser regionen och kommunen tillsammans 5 ledamöter i styrelsen (3+2) av totalt 8 stycken. I de föreslagna stadgarna utser regionen och kommunen fortfarande 5 ledamöter men styrelsen kan bestå av totalt 10 ledamöter. Eftersom regionen och kommunen har ordförandeposten respektive vice ordförandeposten kan de tillsammans fortfarande tillsammans bilda majoritet för visst beslut. Konsekvensen av de föreslagna stadgarna blir alltså att andelen ledamöter som regionen och kommunen utser minskar men de kan fortfarande tillsammans fatta majoritetsbeslut såvida deras utsedda ledamöter röstar lika.

Det är dock inte stiftelsens styrelseledamöter som beslutar om hur stora bidrag regionen respektive kommunen ska ge till stiftelsen. Detta sker genom en överenskommelse mellan stiftelsen och den offentliga juridiska personen.

Region Jämtland Härjedalen tillstyrker att styrelsen utökas enligt styrelsens förslag.

Samordningskansliet
Helge Jonsson
Tfn: 063-14 76 36
E-post: helge.jonsson@regionjh.se

2015-11-04

RUN/1282/2015

PM Ändring av stadgar i Stiftelsen Jamtli

Styrelsen för Stiftelsen Jamtli har begärt stiftarnas samtycke till ändring i stiftelseurkunden.

Ändringarna avser dels namnändring på Jämtlands läns landsting, dels reglering av styrelsens beslutsförfhet, dels antalet styrelseledamöter och dels arbetstagarrepresentation i stiftelsens styrelse.

Namnändring

Byte av namn till Region Jämtland Härjedalen i stället för Jämtlands läns landsting kan göras av styrelsen utan att kammarkollegiet behöver tillfrågas. Region Jämtland Härjedalen är samma juridiska person som Jämtlands läns landsting. Det är bara en namnändring som har gjorts. Med hänsyn till att detta är en stiftelse som förvaltar historien så tycker jag att man ska vara försiktig med namnbyte. Beteckningen landsting är den juridiskt rätta beteckningen på organisationen och används också till exempel i indelningslagen och i vallagen. Det har ingen rättslig betydelse att Jämtlands läns landsting står kvar i stadgarna. Det var faktiskt det landstinget hette när stiftelsen bildades.

Bör avstyrkas av historiska skäl.

Styrelsens beslutsförfhet

Styrelsen beslutsförfhet regleras i stiftelselagen och behöver inte regleras i stiftelsens stadgar. Det som de vill uppnå med ändringen framgår redan av stiftelselagen. En reglering i stadgarna tar över stiftelselagens bestämmelser. Genom att ta in en sådan ”delbestämmelse” i stadgarna kan osäkerhet uppkomma om tillämpningen av övriga bestämmelser i stiftelselagen om styrelsens arbetssätt.

Ändringen bör avstyrkas av rättsliga skäl.

Antalet styrelseledamöter

En stiftelse med egen förvaltning företräds av styrelsen. Styrelsens uppdrag är att förvalta stiftelsens tillgångar och ramen för förvaltningen är stiftelsens stadgar och ändamålet med stiftelsen. Styrelseledamöterna är inte representanter för den som har utsett dem och har inget uppdrag att företräda denne i stiftelsen. Mot bakgrund av det är det inte något problem att utöka antalet styrelseledamöter och att styrelsen beslutar om detta och utser dessa ledamöter är helt i enlighet med stiftelselagen.

Region Jämtland Härjedalens och Östersunds kommuns inflytande på verksamheten finns kvar oförändrad genom huvudavtalet och års-avtalen.

Ändringen bör tillstyrkas.

Arbetsstagarrepresentation

Arbetstagarnas inflytande i företag regleras i lagen (1987:1245) om styrelserepresentation för de privatanställda. Denna lag omfattar inte anställda i stiftelser.

Arbetsstagarorganisationer i stiftelser har således inte någon på laglig grund rätt att utse styrelseledamot i en stiftelse. Att föra in bestämmelsen i stiftelsens stadgar ger fackföreningarna en för framtiden rätt att närvara på sammanträdena. Om man någon gång i framtiden inte vill ha med representanter för fackföreningarna måste man ändra stadgarna med allt vad det innebär. Det bör även i fortsättningen vara en fråga för styrelsen att bestämma vilka sammanträden de fackliga organisationerna får närvara. Ändringen bör avstyrkas på rättsliga grunder.

Helge Jonsson

2015 -10- 07

Dnr...../...../20.....



Östersund, den 6 oktober 2015

- Östersunds kommun
- Region Jämtland Härjedalen
- Heimbygda
- Jämtlands läns konstförening

Förslag till ändring av Stiftelsen Jamtlis stadgar

Under en längre tid har Stiftelsen Jamtli arbetat med förslag till uppdaterade stadgar och det finns nu ett förslag, som stiftarna ska ta ställning till.

Det bifogas:

0. PM om stadgeförslag Stiftelsen Jamtli
1. Stiftelseurkund med bilagor Stiftelsen Jämtlands läns museum från 1973
2. Stadgar för Stiftelsen Jamtli från 2008
3. Stadgar för Stiftelsen Jamtli från 2008 med ändringsförslag från 2015
4. Förslag till nya stadgar för Stiftelsen Jamtli

Vi ber nu stiftarna besluta följande – om möjligt före 1 februari 2016.

"Som stiftare för Stiftelsen Jamtli godkänner XX förslaget till nya stadgar daterad 1 oktober 2015".

När vi har detta beslut från samtliga fyra stiftare kommer vi att skicka ärendet till Kammarkollegiet för godkännande.

Med vänlig hälsning



Henrik Zipsane

Landsantikvarie

- cc.
- Lena Bäckelin, ordförande Stiftelsen Jamtli
 - Gunnar Hjelm, viceordförande, Stiftelsen Jamtli



Östersund, den 5 oktober 2015

Revision av Stiftelsen Jamtlis stadgar

Bakgrund

Stiftelsen Jamtlis stadgar antogs 1973 och har därefter reviderats vid två tillfällen. Stiftelsen Jamtli (tidigare Stiftelsen Jämtlands läns museum) har instiftats av Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening genom urkund den 6 september 1973. Stadgarna reviderades den 9 februari 1998 och 4 juni 2008. De två ändringarna handlade om att Länsstyrelsen för Jämtlands län fortsättningsvis inte skulle utse ledamot tillika ordförande för styrelsen (1998) och om ändring av stiftelsens namn (2008).

Stiftelseurkund och gällande stadgar bifogas (bilaga 1 och 2).

---.

Förslag och process under 2015

En av stiftarna – Jämtlands läns landsting – är sedan januari 2015 ersatt av Region Jämtland-Härjedalen. Med anledning av detta har stiftelsen genomfört en översyn av stadgarna och stiftelsens styrelse har diskuterat förslag vid ordinarie sammanträden 28 maj 2015 och 1 oktober 2015.

Ändringar har dessutom diskuterats med regionstyrelsens ordförande, kommunstyrelsens ordförande samt ordförande för Heimbygda och ordförande för Jämtlands läns konstförening.

Styrelserna för Heimbygda och Jämtlands läns konstförening har behandlat förslag till stadgeändring för stiftelsen. Utifrån dessa diskussioner har bifogade förslag tagits fram (bilaga 3 visar stadgarna från 2008 med inskrivna ändringsförslag från 2015).

På sammanträde den 1 oktober 2015 har Stiftelsen Jamtlis styrelse beslutat att framsätta förslag om ändrade stadgar. Förslaget bifogas (bilaga 4).

Förslaget innebär fyra ändringar:

1. Redaktionell ändring så att Region Jämtland Härjedalen ingår som stiftare i stället för Jämtlands läns landsting /§ 2, 3 och 5/
2. Det inskrivs i stadgarna att medarbetarrepresentanter kan delta i styrelsens sammanträden utan rösträtt. Det fungerar redan så i dag sedan beslut i stiftelsens styrelse 15 februari 1989 /§ 2/
3. Styrelsen önskar att ordförandes röst ska vara utslagsgivande vid eventuellt lika röstetal /§ 2/
4. Styrelsen önskar ha möjligheten att komplettera sin kompetens genom att tillsätta ledamot eller två ledamöter med rösträtt, och då göra så efter samråd med stiftarna /§ 2/

Förklaring till ändringsförslag

1. Region Jämtland Härjedalen efterträder Jämtlands läns landsting och har tagit över samtliga landstingets uppdrag. Det innebär att Stiftelsen Jamtli har fått en ny stiftare som tar över alla plikter och rättigheter från förre stiftaren.
2. Den praxis som har funnits sedan 1989 med grund i lagar och regler om medarbetarinflyttande på arbetsplatser bör skrivas in i stadgarna.
3. Styrelsen önskar en tydlighet kring styrelsens arbetsform. Därför önskar vi att det inte uppstår situationer där styrelsen inte kan fatta beslut. Det är bakgrunden för att styrelsens ordförandes röst ska ges utslagskraft vid lika röstetal.
4. Stiftelsen Jamtlis styrande organ är styrelsen. Nuvarande stadgar fastställer att styrelsen består av 8 ledamöter, varav 3 tillsätts av Jämtlands läns landsting (nuvarande Region Jämtland Härjedalen), 2 tillsätts av Östersunds kommun, 1 tillsätts av Heimbygda och 1 tillsätts av Jämtlands läns konstförening. Dessutom är landsantikvarien ledamot. Det är en av ledamöterna tillsatt av regionen som är stiftelsens ordförande och en av ledamöterna tillsatt av kommunen som är vice ordförande.

Tre förhållanden ligger till grund för styrelsens önskan att få möjligheten att utöka sig med 1-2 ledamöter som får fullt och helt ansvar som ledamot/ledamöter med specifika kompetenser. Det handlar om:

- Påpekanden från Regionsrevisorerna
- Utvecklingen kring styrelsesammansättning inom offentliga bolag
- Den allmänna utvecklingen av Stiftelsen Jamtli

För det första revideras och granskas Stiftelsen Jamtlis bokslut och verksamhetsberättelse av Region Jämtland Härjedalens Revisionskontor förutom förtroendevalda revisorer och professionell auktoriserad revision. Regionsrevisorerna har sedan ett antal år fokuserat på stiftelsens styrelses funktionalitet och härunder styrelsens möjligheter till uppföljning av olika driftsdelar och annat inom stiftelsen och då särskilt stiftelsens relation till sina dotterbolag. Revisorerna har då särskilt frågat om styrelsens kompetens att nyttja sina möjligheter för uppföljning och kontroll. Stiftelsen Jamtli har i dag fem dotterbolag där stiftelsen äger aktiemajoriteten:

- Härjedalens Fjällmuseum AB
organisationsnummer 556095-6426 – stiftelsen äger 55 %
- Jämtland Teknikland AB
organisationsnummer 556905-6962 – stiftelsen äger 60 %
- Världsarv Ragundadalen AB
organisationsnummer 556962-1872 – stiftelsen äger 55 %
- The Nordic Centre of Heritage Learning & Creativity AB
organisationsnummer 556173-6280 – stiftelsen äger 75 %
- Restaurang Hov AB
organisationsnummer 556783-7918 – stiftelsen äger 100 %

Därtill kommer att stiftelsen är aktieägare i andra aktiebolag, av vilka de viktigaste är Destination Östersund AB och Jämtland Härjedalen Turism AB.

Fler dotterbolag kan tillkomma i regionen och stiftelsen anser att det är en tidsenlig organisatorisk väg att bidra till fullföljande av ändamålsparagrafens regionala mål.

Stiftelsen Jamtli har därmed organiserat en stadigt växande verksamhet genom aktieinnehav i bolag och därmed skapat en koncern. Det innebär i sin tur ett ägar- och delägaransvar och engagemang. Stiftelsens styrelse anser att det är en specialkompetens som inte automatiskt finns hos de styrelseledamöter som stiftarna har möjligheten att rekrytera från i egen krets.

---.

För det andra kan vi se en utveckling i offentliga bolag, där det blir allt vanligare att det ändras i bolagsordningar så att styrelserna kan kompletteras med ledamöter som har kompetenser som anses behövas förutom de kompetenser som innehas av ordinarie ledamöter. Det har vi på nära håll senast sett i Östersundshem AB och Jämtkraft AB.

Den politiska diskussionen i detta sammanhang har inspirerat stiftelsens styrelse att se på möjligheten att på samma sätt stärka styrelsens samlade kompetens.

Stiftelseformen ger ett särskilt ansvar till stiftelsens styrelse som inte i alla delar kan jämföras med bolagsstyrelser eftersom stiftarna inte är ägare. Oavsett detta anser vi det mycket viktigt att stiftelsens styrelse samråder med stiftarna i samband med tillsättning av ledamöter med efterfrågade kompetenser.

---.

För det tredje utvecklas Stiftelsen Jamtlis verksamhet och organisation på ett sätt som gör det naturligt att styrelsen har möjlighet att kompletteras med speciella kompetenser. I dagsläget märks fram för allt globaliseringen och en helt ny balans mellan offentlig och privat.

När stiftelsen bildades var verksamhetshorisonten väldigt regional och under många år var det svenska statliga myndigheter som Statens Kulturråd, Riksantikvarieämbetet och Länsstyrelsen i Jämtlands län som var de primära parter utanför stiftelsesekretsen man relaterade till. Det senaste decenniet arbetar Stiftelsen i växande omfattning med nationella, nordiska, europeiska och internationella partners i utvecklingsprojekt och olika satsningar samt deltar som medlemmar och styrelseledamöter i ett flertal organisationer. Stiftelsens ekonomiska verklighet har utvecklat sig ifrån att ca 70 % av omslutningen för 40 år sedan bestod av offentliga anslag till att den offentliga delen i dag står för ca 50 %. Alla signaler i omvärlden tyder på att denna utveckling kommer att fortsätta.

Mot den bakgrunden och efter inhämtade kommentarer från Heimbygda och Jämtlands läns konstförening har bifogade förslag till stadgeförändringar – se bilaga 4 - tagits fram i samråd med stiftelsens advokat.

Det är viktigt att poängtera följande:

- Stiftelsens styrelse företräder inte stiftarna, men ska verka för stiftelsens bästa och ytterst se till att stiftelsen löser det uppdrag ändamålsparagrafen beskriver.
- Förslaget gör det möjligt – men inte tvingande – för styrelsen att utvidga antalet ledamöter från 8 till 9 eller 10.
- En eventuell utvidgning görs – naturligtvis – i samråd med stiftarna.

- De eventuella extra ledamöter får samma status som övriga ordinarie ledamöter – detta för att understryka betydelsen och ansvaret. Styrelsearbetet bör inte förväxlas med samarbete med olika samhällsintressen i form av till exempel en tillfällig kommitté.
- Mandatperioden för extra ledamöter fastställs av styrelsen i samband med att den (de) väljs.
- Eftersom det inte ska utses ersättare för de extra ledamöterna blir det upp till styrelsen att avgöra om det i samband med avgång i förtid från styrelsen av extra ledamot skall göras fyllnadsval för denne.

För att illustrera vilka kompetenser man kan föreställa sig att stiftelsens styrelse kompletterar sig med kan man tänka sig ledamöter med erfarenhet och kontakt till näringsliv, forskning, statliga eller till exempel nordiska miljöer av intresse för stiftelsen. Det är tillika viktigt att de kompetenser styrelsen eventuellt kompletterar sig med kan skifta över tid utifrån de behov styrelsen känner att man har till en given tid. I en period kan näringslivskompetens vara viktig och i en annan period kan stiftelsens behov vara att förstärka sina forskningspolitiska kompetenser.

Henrik Zipsane

Landsantikvarie

Stiftelseurkund för
STIFTELSEN JÄMTLANDS LÄNS MUSEUM

§ 1

Östersunds kommun, Jämtlands läns landsting, föreningen Heimbygda och Jämtlands läns konstförening anslår med giltighet från den 1 januari 1974 i § 2 angiven egendom att såsom självständig förmögenhet fortvarande tjäna det i 3 § angivna ändamålet. För anslaget skall gälla i 2 § angivna villkor.

Den sålunda bildade stiftelsen benämnes Stiftelsen Jämtlands läns museum.

§ 2

Östersunds kommun anslår ett kontantbelopp om 10.000 kronor samt upplåter till stiftelsen enligt avtal med föreningen Heimbygda och beslut den 17.6.1964, 21.11.1961 och tidigare den del av Jämtliområdet som tillhör kommunen och vars gränser finns angivna på särskild karta.

Jämtlands läns landsting anslår ett kontantbelopp om 10.000 kronor.

Föreningen Heimbygda anslår följande egendom, nämligen

- a) samtliga föreningen tillhöriga byggnader och anläggningar samt den föreningen tillhöriga delen av Jämtliområdet (Stg 1415-1416).
- b) samtliga föreningen tillhöriga föremålssamlingar, arkivalier, inventarier och boksamlingar.
- c) beträffande föreningen den 1 januari 1974 tillhöriga kontanta medel, fordringar och varulager, fondernas fördelning och övriga överenskommelser mellan föreningen och övriga stiftare hänvisas till särskild bilaga.

Jämtlands läns konstförening anslår samtliga föreningen tillhöriga föremålssamlingar, arkivalier, inventarier och boksamlingar.

Stiftarna förutsätter att stiftelsen av Jämtlands läns museiförening övertar äganderätten och förvaltningen av museibyggnaden med tomt.

Såsom villkor för föreningen Heimbygdas medverkan gäller, att stiftelsen Jämtlands läns museum - med motsvarande befrielse för föreningen Heimbygda - övertager dels ansvaret för byggnader och andra föremål, dels ock betalningsansvaret för föreningens skulder, pensionsutfästelser och övriga ekonomiska förpliktelser vid tiden för överlåtelsen. Övertagandet av betalningsansvaret skall jämväl avse de skulder och fordringar som ej kan ha medtagits vid upprättandet av föreningens bokslut per den 31 december 1973, men som avser tiden före överlåtelsen.

§ 3

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar, byggnader och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen skall därest icke genom författningar annat föreskrives vara huvudman för landsantikvarien i länet. Stiftelsen äger även, då så befinnes lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga.

§ 4

Den personal som den 31 december 1973 är stadigvarande sysselsatt vid läns museet, skall erbjudas anställning hos stiftelsen på oförändrade villkor.

§ 5

Stiftelsen Jämtlands läns museum skall vara undantagen från tillsyn enligt lagen den 24 maj 1929 om tillsyn över stiftelser.

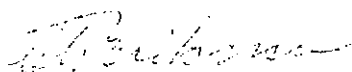
§ 6

Utöver vad i 1 - 5 §§ sägs skall för stiftelsen gälla de bestämmelser, som finns intagna i bilagda stadgar för stiftelsen.

Östersund den 6.9.1973

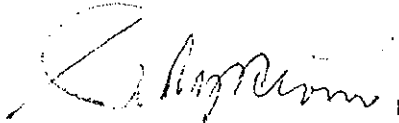
För Jämtlands läns landsting:


Paul Ericsson


Nils Eriksson

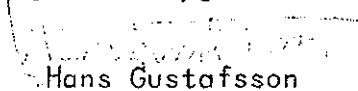
För Östersunds kommun:


Per Axelsson



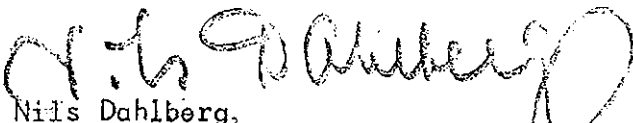
Psyche Nyström

För föreningen Heimbygda:


Hans Gustafsson


Sten Rentzhog

För Jämtlands läns konstförening:


Nils Dahlberg


Gerda Sundström

Bilaga a.

Stadgar för

STIFTELSEN JÄMTLANDS LÄNS MUSEUM

Stiftelsen Jämtlands läns museum har instiftats av Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, föreningen Heimbygda och Jämtlands läns konstförening genom stiftelseurkund den varvid följande stadgar antagits.

§ 1

Stiftelsens ändamål

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar, byggnader och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen skall därest icke genom författningar annat föreskrives vara huvudman för landsantikvarien i länet. Stiftelsen äger även, då så finnes lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader var-
över stiftelsen äger förfoga.

§ 2

Inspektion och tillsyn

Stiftelsen skall vara underkastad inspektion i enlighet med gällande författningar för den verksamhet som stiftelsen är avsedd att bedriva - Kungl. Maj:ts kungörelse den 27 maj 1955 angående statsbidrag till avlöningar inom landsantikvarieorganisationen (SFS 317:1955), eller de författningar som kan träda i denna kungörelses ställe.

§ 3

Stiftelsens styrelse

Stiftelsens angelägenheter handhavas av en styrelse, som har sitt säte i Östersund och består av åtta ledamöter och sex suppleanter. Jämtlands läns landsting och Östersunds kommun utser vardera två ledamöter och en suppleant. Föreningen Heimbygda och Jämtlands läns konstförening utser vardera en ledamot och en suppleant. Därför äger länsstyrelsen att utse en ledamot och en suppleant. Landsantikvarien (museichefen) är självskriven ledamot med sin ställföreträdare som suppleant. Ledamöter och suppleanter ut-

ses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val.

Styrelsen är beslutsför när minst fem ledamöter är närvarande. Styrelsen utser inom sig ordförande och vice ordförande. Beslut inom styrelsen fattas med enkel majoritet och med utslagsröst för ordföranden. Styrelsen sammanträder på kallelse av ordföranden eller då minst två styrelseledamöter så påfordrar. Styrelsen bör sammanträda minst en gång varje kalenderkvartal.

§ 4

Styrelsens åliggande

Styrelsen är ansvarig för att stiftelsens angelägenheter handhavas enligt dessa stadgar.

Styrelsen skall årligen över sin verksamhet avgiva berättelse, som jämte sammandrag av räkenskaperna skall tillställas revisorerna och envar av stiftarna senast tre månader efter räkenskapsårets utgång.

§ 5

Personal

Styrelsen utser landsantikvarie (museichef) och de övriga befattningshavare, som kan anses erforderliga. Landsantikvarien (museichefen) handhar stiftelsens löpande förvaltning i den utsträckning styrelsen bestämmer.

§ 6

Revisorer

Stiftelsens förvaltning granskas av tre revisorer, av vilka årligen en revisor jämte personlig suppleant utses av vardera länsstyrelsen, landstinget och Östersunds kommun.

Revisorernas berättelse över granskningen skall tillställas envar av stiftarna inom fyra månader efter räkenskapsårets utgång.

§ 7

Stiftelsens ekonomi

Stiftelsen äger mottaga bidrag till gynnande av dess verksamhet, såvida ej till bidragen knutits villkor, som styrelsen finner stridande mot stiftelsens ändamål.

I övrigt bekostas verksamheten av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor.

§ 8

Ändring av stiftelsens stadgar

Stadgarnas bestämmelser kan ändras därest samtliga stiftare är ense därom, och ändringen görs i överensstämmelse med gällande författning.

Stiftelsens upplösning

Därest föreningen Heimbygda eller Jämtlands läns konstförening skulle upplösas eller av annan anledning inte önska medverka i stiftelsen skall de funktioner, som enligt stadgarna ankommer på vederbörande förening fullgöras av kvarvarande stiftare.

Stiftelsen kan upplösas endast genom beslut av styrelsen. Sådant beslut fordrar för att äga giltighet två tredjedels majoritet av styrelsens samtliga ledamöter och skall godkännas av landstinget och Östersunds kommun.

Vid sådan upplösning skall stiftelsens tillgångar med iakttagande av bestämmelserna i gällande författningar överlämnas till annan organisation som kan fungera som huvudman för läns museet.

— — — — —

Dessa stadgar skall enligt gällande författning fastställas av riksantikvarieämbetet.

Bilaga b.

Stiftelseurkund för
STIFTELSEN JÄMTLANDS LÄNS MUSEUM

§ 1

Östersunds kommun, Jämtlands läns landsting, föreningen Heimbygda och Jämtlands läns konstförening anslår med giltighet från den 1 januari 1974 i § 2 angiven egendom att såsom självständig förmögenhet fortvarande tjäna det i 3 § angivna ändamålet. För anslaget skall gälla i 2 § angivna villkor.

Den sålunda bildade stiftelsen benämnes Stiftelsen Jämtlands läns museum.

§ 2

Östersunds kommun anslår ett kontantbelopp om 10.000 kronor samt upplåter till stiftelsen enligt avtal med föreningen Heimbygda och beslut den 17.6.1964, 21.11.1961 och tidigare den del av Jämtliområdet som tillhör kommunen och vars gränser finns angivna på särskild karta.

Jämtlands läns landsting anslår ett kontantbelopp om 10.000 kronor.

Föreningen Heimbygda anslår följande egendom, nämligen

- a) samtliga föreningen tillhöriga byggnader och anläggningar samt den föreningen tillhöriga delen av Jämtliområdet (Stg 1415-1416).
- b) samtliga föreningen tillhöriga föremålssamlingar, arkivalier, inventarier och boksamlingar.
- c) beträffande föreningen den 1 januari 1974 tillhöriga kontanta medel, fordringar och varulager, fondernas fördelning och övriga överenskommelser mellan föreningen och övriga stiftare hänvisas till särskild bilaga.

Jämtlands läns konstförening anslår samtliga föreningen tillhöriga föremålssamlingar, arkivalier, inventarier och boksamlingar.

Stiftarna förutsätter att stiftelsen av Jämtlands läns museiförening övertar äganderätten och förvaltningen av museibyggnaden med tomt.

Såsom villkor för föreningen Heimbygdas medverkan gäller, att stiftelsen Jämtlands läns museum - med motsvarande befrielse för föreningen Heimbygda - övertager dels ansvaret för byggnader och andra föremål, dels ock betalningsansvaret för föreningens skulder, pensionsutfästelser och övriga ekonomiska förpliktelser vid tiden för överlåtelsen. Övertagandet av betalningsansvaret skall jämväl avse de skulder och fordringar som ej kan ha medtagits vid upprättandet av föreningens bokslut per den 31 december 1973, men som avser tiden före överlåtelsen.

§ 3

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar, byggnader och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen skall därest icke genom författningar annat föreskrives vara huvudman för landsantikvarien i länet. Stiftelsen äger även, då så befinnes lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga.

§ 4

Den personal som den 31 december 1973 är stadigvarande sysselsatt vid läns museet, skall erbjudas anställning hos stiftelsen på oförändrade villkor.

§ 5

Stiftelsen Jämtlands läns museum skall vara undantagen från tillsyn enligt lagen den 24 maj 1929 om tillsyn över stiftelser.

§ 6

Utöver vad i 1 - 5 §§ sägs skall för stiftelsen gälla de bestämmelser, som finns intagna i bilagda stadgar för stiftelsen.

Östersund den

För Jämtlands läns landsting:

För Östersunds kommun:

För föreningen Heimbygda:

För Jämtlands läns konstförening:

Bilaga c.

Ekonomisk överenskommelse i samband med bildandet av stiftelsen Jämtlands läns museum

I Föreningen Heimbygda

A. Fonderna

Heimbygda behåller förvaltningen av Stadlings fond, Festins naturskyddsfond och Torsten Bobergs fond.

Stiftelsen övertar förvaltningen av Klockstapelsfonden. Minnesgårdsfonden och Jamtligåvans fond, vilka alla är knutna till underhåll och utveckling av Jamtli, samt Tibrands- högens fond, Myntsamlingsfonden och Ragnar Ohlsons byggnadsfond. Stina Bergners fond, Heimbygdas slöjdfond, Agnes Erikssons stipendiefond och Byggnadsfonden förvaltas av stiftelsen, om möjligt sammanförda till en ny fond, förslagsvis benämnd Heimbygdas slöjdfond. (Heimbygdas skuld till Minnesgårdsfonden övertas av stiftelsen).

Skogsbyns fond avvecklas, eftersom medlen kan anses förbrukade.

B. Ekonomi i övrigt

I Heimbygdas ekonomi finns ett dolt underskott på 100.000-200.000 kr, beroende på beräkningssättet. Bland annat upptas samlingarna och byggnaderna på Jamtli som tillgångar.

Samtliga tillgångar och skulder överförs på stiftelsen, med undantag för ett mindre kapital, i första hand årets medlemsavgifter. Heimbygda behåller därför 40.000 kronor av sina kontanta tillgångar.

Andelarna i Jämtslöjd överföres till stiftelsen, eftersom länshemslöjds konsulenten kommer att lyda under denna.

C. Restaurang Hov och Jamtlinämndens verksamhet sammanslås till ett särskilt aktiebolag. Med hänsyn till förändringar av bestämmelserna för bolagsbildning förutsätts detta bolag bildat redan under 1972. Bolaget skall tillhöra stiftelsen, vilken utser bolagets styrelse.

Länsmuseets kamrer skall delvis tjänstgöra hos bolaget och fungera som verkställande tjänsteman. Verksamheten regleras genom arrendekontrakt, varit tas upp villkoren för fastighetsskötsel och underhåll, anläggningarnas nyttjande för

museala ändamål, regler för vakthållning och ordningsväs-
sende i samband med t ex Jämtlikvällar, samt samordningen
med övrig verksamhet inom fornbyn. För att underlätta sam-
ordningen skall landsantikvarien (museichefen) ingå i bo-
lagets styrelse.

II. Jämtlands läns konstförening

Föreningens tillgångar har inte på samma sätt som Heimbygdas
karaktären av en blandning av anslagsmedel och föreningsav-
gifter.

Konstföreningen behåller därför samtliga tillgångar, inklusi-
ve fondmedel, undantaget att driftsanslagen från kommun och
landsting i fortsättningen tillförs stiftelsen.

III. Jämtlands läns museiförening upphör och överlämnar därvid fastigheten och sina övriga tillgångar till stiftelsen.

Östersund den

För Jämtlands läns landsting:

För Östersunds kommun:

För föreningen Heimbygda:

För Jämtlands läns konstförening:

För Jämtlands läns museiförening:

Bilaga d.

PM angående nya stadgar för föreningen Heimbygda och Jämtlands läns konstförening.

Länsmuseets föreslagna omorganisation nödvändiggör en revidering av föreningarnas stadgar. Med hänsyn till stadgarnas föråldrade skick och föreningarnas förändrade arbetsuppgifter bör revisionen göras total.

Det finns skäl att överväga om inte båda föreningarna i samband med omorganisationen mera än hittills bör få formen av länsförbund för hembygds- resp konstföreningarna. I Heimbygdas fall är det möjligt att redan från början göra styrelsen till ett organ för de lokala föreningarna. En sådan organisation skulle överensstämma med strävandena på riksplanet (föreslagen omorganisation av Samfundet för Hembygdsvård).

För att underlätta den framtida verksamheten bör stadgarna för de två länsföreningarna på största möjliga antal punkter ges lika utformning. Som stöd för föreningarnas arbete med att utarbeta nya stadgar har utredningsgruppen därför sammanställt följande underlag.

1 Föreningens ändamål

§ bör inledas: "har till ändamål att i samverkan med Stiftelsen Jämtlands läns museum..."

Därefter bör uppgiften för resp förening om möjligt ges en mycket kortfattad och allmänt hållen definition.

- 2 Medlemmar: här måste diskuteras enskilda medlemmar, kollektiva medlemmar (hembygds- och konstföreningar), ständiga, stödjande, heders- m fl typer av medlemskap. Förenkling önskvärd. Nuvarande system för föreningarnas anslutning till Heimbygda är inte tillämpligt, om målsättningen skall vara den angivna. - För Heimbygda regleras rättigheten till årsbok, för konstföreningen lotteriet.

- 3 Styrelse: I båda föreningarna utses f n vissa styrelseledamöter av kommunen, landstinget, länsstyrelsen och hushållningssällskapet. I framtiden torde det vara lämpligt att hela styrelsen inklusive ordföranden utses av årsmötet. Samma gäller revisorerna. Landsantikvarien (museichefen) bör dock vara självskriven ledamot av båda styrelserna. § bör vidare innehålla stadgande ang mandatperiod, tid för sammanträden, beslutsförfarande och årsberättelse. Huvuddelen av vad som nu sägs i § 4 av Heimbygdas stadgar torde böra utgå.

4 Revision

- 5 Årsmötet. Utom sedvanligt innehåll måste här regleras förhållandet mellan kollektiva medlemmar och enskilda (i Heimbygdas fall årsboksprenumeranterna). Förslagsvis bör betr. Heimbygda endast delegaterna för hembygdsföreningarna ha rösträtt, enskild medlem bör ha förslagsrätt och yttranderätt, men ej rösträtt.
- 6 Ang ändring av stadgarna
- 7 Upplösning. Tillgångarna bör då överlämnas till läns museet.

Bilaga e.

Överenskommelse om samarbetet mellan föreningen Heimbygda och Stiftelsen Jämtlands läns museum.

Föreningen Heimbygda och Stiftelsen Jämtlands läns museum har denna dag träffat följande överenskommelse.

§ 1

Föreningen äger disponera läns museets lokaler för sammanträden, årsmöten och föredrag, samt utnyttja stiftelsens kansli och skrivpersonal för sin verksamhet.

§ 2

Föreningens in- och utgående skrivelser skall efter den 1 juli 1973 föras i särskilt diarium och dess framtida handlingar skall i stiftelsens arkiv förvaras åtskilda.

§ 3

Föreningens medlemmar äger fritt tillträde till läns museet, utom till sådana separatutställningar för vilka särskild entréavgift uttages.

§ 4

Årsboken JÄMTEN skall vara gemensamt organ för föreningen och stiftelsen och utgivas av stiftelsen. I årsbokens redaktion skall ingå två ledamöter utsedda av föreningen. Föreningen disponerar erforderligt antal exemplar av årsboken mot för varje år fastställd avgift.

§ 5

Länsmuseets symbol, Överhogdalsryttaren, får användas av såväl stiftelsen som föreningen.

§ 6

Denna överenskommelse gäller tills vidare, med en ömsesidig uppsägningstid på två år, såvida annan uppsägning ej överenskommes.

Östersund den

För föreningen Heimbygda:

För Stiftelsen Jämtlands läns museum:

Bilaga f.

Överenskommelse om samarbetet mellan Jämtlands läns konstförening
och Stiftelsen Jämtlands läns museum

Jämtlands läns konstförening och Stiftelsen Jämtlands läns museum har denna dag träffat följande överenskommelse.

§ 1

Föreningen äger disponera läns museets lokaler för utställningar, sammanträden, årsmöten och föredrag, samt utnyttja stiftelsens kansli och skrivpersonal för sin verksamhet.

§ 2

Föreningens in- och utgående skrivelser skall föras i särskilt diarium och dess framtida handlingar skall i stiftelsens arkiv förvaras åtskilda.

§ 3

Föreningens medlemmar äger fritt tillträde till läns museet, utom till sådana separatutställningar för vilka särskild entréavgift uttages.

§ 4

Denna överenskommelse gäller tills vidare, med en ömsesidig uppsägningstid av två år, såvida annan uppsägning ej överenskommes.

Östersund den

För Jämtlands läns konstförening:

För Stiftelsen Jämtlands läns museum:

Stadgar för STIFTELSEN JAMTLI

Stiftelsen Jamtli (tidigare Stiftelsen Jämtlands läns museum) har instiftats av Jämtlands läns landsting, Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening genom urkund den 6 september 1973, varvid följande stadgar antagits. Stadgarna har ändrats den 9 februari 1998 och 4 juni 2008.

§ 1

Stiftelsens ändamål

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen äger även, då så befinnes lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga.

§ 2

Stiftelsens styrelse

Stiftelsens angelägenheter handhas av en styrelse som har sitt säte i Östersund och består av åtta ledamöter och fyra suppleanter.

Jämtlands läns landsting utser tre ledamöter och en suppleant för dessa, Östersunds kommun utser två ledamöter och en suppleant. Heimbygda och Jämtlands läns konstförening utser vardera en ledamot och en suppleant. Landsantikvariern (museichefen) är självskriven ledamot. Kommun- och landstingsvalda ledamöter och suppleanter utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val.

Till styrelsens ordförande utses den som landstinget bestämmer, till vice ordförande den som Östersunds kommun bestämmer.

§ 3

Styrelsens åliggande

Styrelsen är ansvarig för att stiftelsens angelägenheter handhas enligt dessa stadgar. Styrelsen skall ge landstinget möjlighet att yttra sig om stiftelsens verksamhetsinriktning och om större förändringar som kan påverka stiftelsens framtida driftskostnader.

Styrelsen skall upprätta årsredovisning och vid tidpunkt som landstinget bestämmer avlämna den till revisorerna och envar av stiftarna.

§ 4

Personal

Styrelsen utser landsantikvarie (museichef) och de övriga befattningshavare, som kan anses erforderliga. Landsantikvarien (museichefen) handhar stiftelsens löpande förvaltning i den utsträckning styrelsen bestämmer.

§ 5

Revisorer

Auktoriserad eller godkänd revisor (revisionsbolag) i stiftelsen utses av stiftelsens styrelse efter förslag från landstingets revisorer. Därutöver utser landstinget och Östersunds kommun vardera en revisor jämte suppleant för denna. Revisorer utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val. Revisorernas berättelse över granskningen skall tillställas envar av stiftarna vid tidpunkt som landstinget bestämmer.

§ 6

Stiftelsens ekonomi

Stiftelsen äger mottaga bidrag till gynnandet av dess verksamhet, såvida ej till bidragen knutits villkor, som styrelsen finner stridande mot stiftelsens ändamål. I övrigt bekostas verksamheten av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor.

§ 7

Ändring av stiftelsens stadgar

Stadgarnas bestämmelser kan ändras därest samtliga stiftare är ense därom, och ändringen görs i överensstämmelse med gällande författning.

§ 8

Stiftelsens upplösning

Därest Heimbygda eller Jämtlands läns konstförening skulle upplösas eller av annan anledning inte kan medverka i stiftelsen skall de funktioner som enligt stadgarna ankommer på vederbörande förening fullgöras av kvarvarande stiftare.

Om stiftelsen upplöses skall dess tillgångar med iakttagande av bestämmelserna i gällande författningar överlämnas till annan organisation som kan fungera som huvudman för läns museet.

Förslag till ändringar i
Stadgar för
STIFTELSEN JAMTLI

Stiftelsen Jamtli (tidigare Stiftelsen Jämtlands läns museum) har instiftats av Region Jämtland Härjedalen (tidigare Jämtlands läns landsting, sedan benämnd Regionen), Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening genom urkund den 6 september 1973, varvid följande stadgar antagits. Stadgarna har ändrats den 9 februari 1998 och 4 juni 2008.

§ 1

Stiftelsens ändamål

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen äger även, då så befinns lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga.

§ 2

Stiftelsens styrelse

~~Stiftelsens angelägenheter handhas av en styrelse som har sitt säte i Östersund och består av åtta ledamöter och fyra suppleanter.~~

~~Jämtlands läns landsting utser tre ledamöter och en suppleant för dessa, Östersunds kommun utser två ledamöter och en suppleant. Heimbygda och Jämtlands läns konstförening utser vardera en ledamot och en suppleant. Landsantikvarien (museichefen) är självskriven ledamot. Kommun- och landstingsvalda ledamöter och suppleanter utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val.~~

Stiftelsens angelägenheter handhas av en styrelse som har sitt säte i Östersund. Styrelsen skall bestå av minst åtta men högst tio ledamöter, med mellan fyra och sex suppleanter. Regionen utser tre ledamöter och en suppleant, Östersunds kommun utser två ledamöter och en suppleant. Heimbygda och Jämtlands läns konstförening utser varsin ledamot och suppleant.

Styrelsen har därtill möjlighet att, i syfte att styrka och bredda styrelsens kompetens vid uppfyllande av stiftelsens ändamål, utse ytterligare två ledamöter. Innan styrelsen utser sådan ledamot, skall stiftelsens ordförande och viceordförande samråda med samtliga stiftare. Landsantikvarien är ledamot och föredragande i styrelsen.

Kommun- och regionvalda ledamöter och suppleanter utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val. Om ledamot eller suppleant lämnar styrelsen under mandatperioden, skall ersättare utses av den som utsåg den avgångna ledamoten.

Styrelsen skall inbjuda varje fackförbund som stiftelsen har kollektivavtal med, att utse en representant som utan rösträtt äger rätt att delta i styrelsearbetet.

Till styrelsens ordförande utses den som **Regionen landstinget** bestämmer, till vice ordförande den som Östersunds kommun bestämmer. Vid lika röstetal i styrelsen är ordförandes röst utslagsgivande.

§ 3

Styrelsens åliggande

Styrelsen är ansvarig för att stiftelsens angelägenheter handhas enligt dessa stadgar. Styrelsen skall ge landstinget möjlighet att yttra sig om stiftelsens verksamhetsinriktning och om större förändringar som kan påverka stiftelsens framtida driftskostnader.

Styrelsen skall upprätta årsredovisning och vid tidpunkt som **Regionen landstinget** bestämmer avlämna den till revisorerna och envar av stiftarna.

§ 4

Personal

Styrelsen utser landsantikvarie (museichef) och de övriga befattningshavare, som kan anses erforderliga. Landsantikvarien (museichefen) handhar stiftelsens löpande förvaltning i den utsträckning styrelsen bestämmer.

§ 5

Revisorer

Auktoriserad eller godkänd revisor (revisionsbolag) i stiftelsen utses av stiftelsens styrelse efter förslag från **Regionens landstingets** revisorer. Därutöver utser **Regionen landstinget** och Östersunds kommun vardera en revisor jämte suppleant för denna. Revisorer utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val. Revisorerens berättelse över granskningen skall tillställas envar av stiftarna vid tidpunkt som **Regionen landstinget** bestämmer.

§ 6

Stiftelsens ekonomi

Stiftelsen äger mottaga bidrag till gynnandet av dess verksamhet, såvida ej till bidragen knutits villkor, som styrelsen finner stridande mot stiftelsens ändamål. I övrigt bekostas verksamheten av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor.

§ 7

Ändring av stiftelsens stadgar

Stadgarnas bestämmelser kan ändras därest samtliga stiftare är ense därom, och ändringen görs i överensstämmelse med gällande författning.

§ 8

Stiftelsens upplösning

Därest Heimbygda eller Jämtlands läns konstförening skulle upplösas eller av annan anledning inte kan medverka i stiftelsen skall de funktioner som enligt stadgarna ankommer på vederbörande förening fullgöras av kvarvarande stiftare.

Om stiftelsen upplöses skall dess tillgångar med iakttagande av bestämmelserna i gällande författningar överlämnas till annan organisation som kan fungera som huvudman för museet ~~läns~~museet.

**Stadgar för
STIFTELSEN JAMTLI**

Stiftelsen Jamtli (tidigare Stiftelsen Jämtlands läns museum) har instiftats av Region Jämtland Härjedalen, Östersunds kommun, Heimbygda och Jämtlands läns konstförening genom urkund den 6 september 1973, varvid följande stadgar antagits. Stadgarna har ändrats den 9 februari 1998 och 4 juni 2008 och **x xxxxxxxx 2016**.

§ 1

Stiftelsens ändamål

Stiftelsens ändamål är att förvalta stiftelsens samlingar och markområden och hålla dem tillgängliga för allmänheten. Stiftelsen skall inom i huvudsak Jämtlands län bedriva och främja kulturminnesvård och museal verksamhet liksom annan därmed förenlig och närstående kulturell verksamhet. Stiftelsen äger även, då så befinns lämpligt i egen regi eller genom särskilt bildat organ, genom uthyrning eller annorledes affärsmässigt utnyttja de byggnader varöver stiftelsen äger förfoga.

§ 2

Stiftelsens styrelse

Stiftelsens angelägenheter handhas av en styrelse som har sitt säte i Östersund. Styrelsen skall bestå av minst åtta men högst tio ledamöter, med mellan fyra och sex suppleanter. Regionen utser tre ledamöter och en suppleant, Östersunds kommun utser två ledamöter och en suppleant. Heimbygda och Jämtlands läns konstförening utser varsin ledamot och suppleant.

Styrelsen har därtill möjlighet att, i syfte att styrka och bredda styrelsens kompetens vid uppfyllande av stiftelsens ändamål, utse ytterligare två ledamöter. Innan styrelsen utser sådan ledamot, skall stiftelsens ordförande och viceordförande samråda med samtliga stiftare. Landsantikvarien är ledamot och föredragande i styrelsen.

Kommun- och regionvalda ledamöter och suppleanter utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val. Om ledamot eller suppleant lämnar styrelsen under mandatperioden, skall ersättare utses av den som utsåg den avgångna ledamoten.

Styrelsen skall inbjuda varje fackförbund som stiftelsen har kollektivavtal med, att utse en representant som utan rösträtt äger rätt att delta i styrelsearbetet.

Till styrelsens ordförande utses den som Regionen bestämmer, till vice ordförande den som Östersunds kommun bestämmer. Vid lika röstetal i styrelsen är ordförandes röst utslagsgivande.

§ 3

Styrelsens åliggande

Styrelsen är ansvarig för att stiftelsens angelägenheter handhas enligt dessa stadgar. Styrelsen skall ge landstinget möjlighet att yttra sig om stiftelsens verksamhetsinriktning och om större förändringar som kan påverka stiftelsens framtida driftskostnader.

Styrelsen skall upprätta årsredovisning och vid tidpunkt som Regionen bestämmer avlämna den till revisorerna och envar av stiftarna.

§ 4

Personal

Styrelsen utser landsantikvarie (museichef) och de övriga befattningshavare, som kan anses erforderliga. Landsantikvariern (museichefen) handhar stiftelsens löpande förvaltning i den utsträckning styrelsen bestämmer.

§ 5

Revisor

Auktoriserad eller godkänd revisor (revisionsbolag) i stiftelsen utses av stiftelsens styrelse efter förslag från [Regionens](#) revisorer. Därutöver utser [Regionen](#) och Östersunds kommun vardera en revisor jämte suppleant för denna. Revisorerna utses för samma mandatperiod som gäller vid kommunala val. Revisorernas berättelse över granskningen skall tillställas envar av stiftarna vid tidpunkt som [Regionen](#) bestämmer.

§ 6

Stiftelsens ekonomi

Stiftelsen äger mottaga bidrag till gynnandet av dess verksamhet, såvida ej till bidragen knutits villkor, som styrelsen finner stridande mot stiftelsens ändamål. I övrigt bekostas verksamheten av stiftarna enligt dem emellan överenskomna villkor.

§ 7

Ändring av stiftelsens stadgar

Stadgarnas bestämmelser kan ändras därest samtliga stiftare är ense därom, och ändringen görs i överensstämmelse med gällande författning.

§ 8

Stiftelsens upplösning

Därest Heimbygda eller Jämtlands läns konstförening skulle upplösas eller av annan anledning inte kan medverka i stiftelsen skall de funktioner som

enligt stadgarna ankommer på vederbörande förening fullgöras av kvarvarande stiftare.

Om stiftelsen upplöses skall dess tillgångar med iakttagande av bestämmelserna i gällande författningar överlämnas till annan organisation som kan fungera som huvudman för museet.

2015 -06- 01

Dnr.....RS/1042/15...../20.....



Folkpartiet Liberalerna

MOTION

Motverka våldsbejakande extremism

Att förebygga förekomsten av våldsbejakande extremism är av avgörande betydelse för att förhindra att odemokratiska krafter får fäste i samhället. För att göra detta krävs ett väl fungerande och långsiktigt samarbete mellan de aktörer som på olika sätt berörs av frågan. Det handlar om både offentliga verksamheter såsom kommun, skola, fritidsverksamhet, socialtjänst, polis och säkerhetspolis samt civilsamhällesaktörer såsom idrottsföreningar, ungdomsorganisationer och religiösa samfund.

Det är av yttersta vikt att en gemensam regional och kommunal handlingsplan innehållande förslag på hur kopplingen till polis och åklagare och andra stärks och hur regionen kan arbeta för att motverka stöd till miljöer där extremism kan få fäste.

I juni 2014 utsågs Mona Sahlin till Nationell samordnare för att värna demokratin mot våldsbejakande extremism. Nu är det hög tid att även Region Jämtland Härjedalen tar tag i den här frågan. Det förebyggande arbetet är extremt viktigt vilket samordnaren mot våldsbejakande extremism beskriver på sin hemsida.

Region Jämtland Härjedalen har möjlighet att påverka majoriteten av ovan uppräknade aktörer och har därmed en stor och viktig roll att spela i det förebyggande arbetet. Rekryteringsverksamheten som beskrivs i bland annat Justitiedepartementets rapport Våldsbejakande extremism i Sverige – nuläge och

tendenser måste hindras och där har regionen ett stort ansvar.

Med anledning av detta yrkar vi:

- ☐ att en regional handlingsplan utarbetas för hur regionen på kort och lång sikt skall arbeta förebyggande mot våldsbejakande extremism,
- ☐ att arbetet i största möjliga mån ska ske i samarbete med regionens kommuner, samt aktörer ur civilsamhället för att värna demokratin mot våldsbejakande extremism.



Kia Carlsson



Mats El Kott

Folkpartiet Liberalerna i Region Jämtland Härjedalen



2015-06-17

Dnr. RS. 1151/2015

Motion

Östersund 2015-06-17

Inför betalautomater för att underlätta för våra medborgare. Betalautomaterna bör placeras ut på respektive avdelning/huskropp/enhet/lättillgängligt. Där man direkt kan betala besöksavgiften, antingen via sms eller med kort. Detta skulle underlätta för patienter som är sjuka och dels måste gå långt men även ge god service.

Betalautomaterna ska kunna hantera både sms betalningar och kort, samt att de också ska registrera för mottagningarna att patienten har kommit, således också vara kopplat till mottagningarnas datasystem.

Idag måste alla patienter gå via receptionen vilket leder till köer och långa avstånd till vissa delar av vår verksamhet. Det skapar också onödigt lidande för de patienter som måste gå långt och har värk.

Där för yrkar jag på:

- Att betalautomater införs på lämpliga platser för att underlätta för patienter och medarbetare. Det förbättrar flöden och leder till minskat lidande för patienter med värk och andra problem. Det spar på tid, administration och ger god service.

Susanné Wallner (M) Ledamot regionfullmäktige

Ledamot i regionfullmäktige



Folkpartiet Liberalerna i
Jämtland och Härjedalen

Region Jämtland Härjedalen

REGION
JÄMTLAND HÄRJEDALEN

2015-09-07

Dnr. RS, 1440/2015

MOTION

Regionrådets arbete

Region Jämtland Härjedalen har **åtta!** regionråd. Såväl många av oss regionfullmäktigeledamöter som en stor del av befolkningen i regionen undrar vad råden faktiskt gör i sina uppdrag. Jag har till och med hört att det finns medborgare som ifrågasätter att råden gör någonting.

För att undvika ett misstroende mot oss politiker men framförallt för att öka medvetenheten hos fullmäktigeledamöterna och regionmedlemmarna om politikens uppdrag och möjligheter, så menar jag att det behövs en mycket bättre kommunikation utåt om regionrådets arbete. Vid en enkel sökning på regionens hemsida har jag bara kunnat finna tankar av Ann-Marie Johansson efter styrelsemöten. Det kanske finns mera (särskilt om man går igenom diariet) men i så fall inte lätt sökbart och informativt.

Med hänvisning till vad jag skrivit ovan motionerar jag om

att Region Jämtland Härjedalen på sin hemsida inför en kalender där man kan se vad respektive regionråd avser att göra i vart fall de närmaste två veckorna (gärna längre tid) samt att kalendern uppdateras varje dag,

att respektive regionråd i början av varje månad presenterar en redogörelse på regionens hemsida för vad hen har gjort månaden innan och även på vilket sätt arbetet har gynnat regionen.

Östersund 5 september 2015

Mats El Kott

Motion

2015 -09- 2 5

Policy för kost och nutrition

Dnr. RS /1520/20. 15

Fortfarande finns det ingen tydlig inriktning gällande hur man inom regionens verksamheter skall arbeta med kost och nutritionsfrågorna!

Trots att kostens betydelse för hälsan och tillfrisknande, både i samband med medicinska behandlingar av olika sjukdomar och intag av läkemedel, är en viktig del av vården och omsorgen för personer med olika sjukdomar och speciellt hos äldre. Åldrandet i sig innebär att behovet av energi och vissa näringsämnen förändras som i längden kan leda till undernäring om dessa inte intas i tillräcklig mängd. Orsaker som kan medföra ökad risk för undernäring är bristande aptit, depression, mag- och tarmproblem, tugg och sväljproblem och nedsatt syn m fl.

Tillhandahållande av måltider enligt riktlinjer för Mat och Näring för sjuka i vård och omsorg och ha regelbunden kompetensutveckling inom matproduktion och nutritionsbehandling, som den borttagna kostpolicyn tog upp, är några exempel på viktiga områden att arbeta strategiskt med inom regionens verksamheter.

Vilka livsmedel skall upphandlas? Vilket näringsinnehåll har dessa? Vilka kompetenser krävs för att ha ett helhetsperspektiv på patientens hälsa långsiktigt? Är några av de viktiga frågorna att ställa för att förebygga undernäring som både är en kostsam följd och onödigt lidande för den enskilde av att man inte följt upp och lagt fokus på nutrition! Samarbete mellan flera olika professioner inom kostenheten och ansvariga inom de hälso- och sjukvårdande enheterna där dietisten är en viktig nyckelperson, kan generera många livskvalitetshöjande insatser för de patienter som ligger i gränslandet för undernäring eller på andra sätt behöver specialkost för att behandlingen skall vara lyckosam.

För mig som centerpartist är kost och nutrition en viktig och prioriterad fråga!

Därför yrkar jag

- att en kost och nutritionspolicy för Region Jämtlands Härjedalen tas fram.

Vigge 9 september 2015



Berit Johansson (C)

Ledamot i regionfullmäktige

Kostenheten, enhetschef
Malin Torma
063-153940
E-post: malin.torma@regionjh.se

2015-12-20

RS/1520/2015

PM om kost och nutrition

Nutritionens betydelse för hälsa och tillfrisknande

Energi- och näringsämnen är kroppens byggstenar. Hos sjuka individer är kroppens funktioner nedsatta och behovet av energi, protein, vitaminer och mineraler är förhöjt. Rätt mat och näring är en viktig patientsäkerhetsfråga och också en ekonomisk fråga. Med rätt nutrition kan tillfrisknandet påskyndas, sjukdomar bromsas, behovet av läkemedel senareläggas. Till exempel kan behovet av dialys hos njursjuka senareläggas, patienter kan få ordning på sina blodvärden utan medicinering, komplikationer av fetma kan undvikas om patienten får hjälp att gå ned i vikt, och undernäring kan undvikas vilket är en grundsten för att stärka kroppen och immunförsvaret så att infektioner, inflammationer, benbrott m.m. kan förhindras. Nära var femte äldre patient inom kommunala boenden och landstingsvård har ett eller flera trycksår. För patienten innebär det onödigt lidande och för vården uppgår dygnskostnaden till cirka 1000 kr. Båda kan reduceras med optimerad behandling, där nutritionen har en viktig roll.¹

Det råder inget tvivel om nutritionens påverkan vid hälsa och sjukdom. Forskare världen över är överens om vikten av bra mat vid både hälsa och sjukdom. Vid flera sjukdomstillstånd är nutritionen den enda behandlingen eller en mycket väsentlig del av den, t ex vid celiaki, diabetes, mag- tarmsjukdomar, födoämnesintolerans och allergier m.m. En viktig del av nutritionsarbetet är att rätt kost ordineras. Allergier, förhöjt behov av protein och energi, aptitförändringar, dysfagi och multisjukdom skall fogas ihop till en kost som patienten klarar av att leva med. Ett gott nutritionsarbete kan medverka till minskat lidande för patienten, en säkrare vård och färre nutritionsrelaterade komplikationer. Sammantaget kan detta även leda till positiva ekonomiska effekter.

I augusti 2014 inrättades ett Nutritionsråd för Jämtlands läns landsting. Nutritionsrådets uppdrag är att utveckla, leda och samordna nutritions- och kostfrågor inom Region Jämtland Härjedalen för att patienterna ska få en optimal nutritionsbehandling.

Viktigt med tydliga riktlinjer i kostfrågor

För Region Jämtland Härjedalen bör det finnas tydliga riktlinjer som beskriver hur medarbetare ska förhålla sig i kostfrågor och vem som har ansvaret i olika delar av nutritionsarbetet. En kost- och nutritionspolicy kan bidra till att se måltiden som en del av den medicinska behandlingen och understryka betydelsen av god nutrition.

¹ *Siffror tagna från Svensk Geriatrik nr 4-2012. "Kan nutritionsbehandling bidra till läkning av trycksår bland äldre patienter?"*

Måltidsmiljön är väldigt betydelsefull då studier har visat att omgivningen kan påverka energiintaget. Här är avdelningspersonalens måltidskunskap och bemötande av stor vikt.

En kost- och nutritionspolicy bör även innehålla riktlinjer kring livsmedelssäkerhet. Utöver de styrande livsmedelslagarna är det av yttersta vikt att det även finns lokala rutiner som anpassar och implementerar de styrande dokumenten till vårdavdelningens lokala förhållanden. Policyn kan vara vägledande i frågor kring miljö och klimat, vara styrande för arbetet med kravställningar i livsmedelsupphandlingar och verksamhetsspecifika planer. Den kan också ligga till grund för vilka dokument som ska styra utbud av kosten och livsmedel som ska tillhandahållas av region Jämtland Härjedalen.

Kostenheten strävar efter att servera mat som är välsmakande, tilltalande, har rätt konsistens och vars näringsinnehåll stämmer överens med de rekommendationer som anges i livsmedelsverkets *"Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg"*, Socialstyrelsens *"Näring för god vård och omsorg. En vägledning för att förebygga och behandla undernäring"* samt Livsmedelsverkets rekommendationer. Kostenheten är en verksamhet som berör varje anställd och patient på sjukhuset. En kostpolicy skulle tydliggöra och stärka kostenhetens mandat att arbeta utifrån ovan angivna riktlinjer där personliga åsikter och vetenskapligt grundade riktlinjer ibland går isär.

Förebyggande folkhälsoarbete och sjukvårdande kostbehandling

Ett argument till att den tidigare Kost- och nutritionspolicyn togs bort var att innehållet återfinns i Folkhälsostrategin. Sjukvård ställer dock andra krav på nutrition än förebyggande folkhälsoarbete. Medan folkhälsoarbetet fokuserar på att främja en god hälsa hos befolkningen i stort handlar nutritionen i sjukvården om att kunna tillgodose behovet hos en människa som har ett helt annat energi- och näringsbehov än en frisk människa. Kostbehandling vid sjukdom är alltså en del av den medicinska vården och bör inte förväxlas med friskvård och strategier för att förbättra den allmänna folkhälsan hos friska individer. En Kost- och nutritionspolicy kan fastslå värdet av god nutrition för tillfrisknande och för att bromsa sjukdomsförlopp.