

8 Internationellt samarbete inom vården

8.1 Sverige

Sveriges, de övriga nordiska och majoriteten av de europeiska ländernas hälso- och sjukvårdssystem har som mål att det inom landet skall finnas en heltäckande hälso- och sjukvårdsservice. Länderna har valt delvis olika vägar i uppbyggnaden av hälso- och sjukvårdsorganisationen, vilket innebär att det finns skillnader i finansieringssystemen (försäkringsfinansiering, skattefinansiering eller kombinerad skatte- och försäkringsfinansiering), i villkoren för medborgarna att utnyttja hälso- och sjukvården, respektive i villkoren för att bedriva sjukvård.

Den ökande internationaliseringen innebär att allt fler personer utbildar sig, arbetar eller vistas som pensionärer i andra länder och då också söker läkar- och sjukhusvård vid akuta sjukdomsproblem. Inom Norden och EU finns avtal som reglerar ersättningsfrågorna vid akut sjukdom. Sverige har också socialförsäkringsavtal med ett antal länder utanför EU som omfattar akut sjukvård. När det inte finns några avtal mellan länderna måste den enskilde ha ett privat försäkringsskydd. Totalt är det relativt många personer som varje år får vård i andra länder på dessa grunder. Vårdbehoven omfattar vanligt förekommande sjukdomar som mer sällan kräver insatser från högspecialiserad vård. Svåra olyckshändelser kan vara exempel på det senare.

Internationellt samarbete när det gäller planerad vård har betydligt mindre omfattning. Patienter som har mycket speciella behandlingsbehov eller som lider av mycket sällsynta sjukdomar där expertis inte finns inom landet kan efter särskild prövning erbjudas vård i ett annat land. Det handlar om enstaka, mycket specifika behandlingsbehov, med spridning över en rad olika specialiteter. Det enda exemplet på en mer organiserad vård av en högspecialiserad

verksamhet i annat land var när svenska patienter en period under 1980-talet sändes till Storbritannien för hjärtrtransplantation, vilket inte var möjligt att utföra i Sverige före det hjärndödsbegreppet år 1988 infördes i svensk lagstiftning.

Landstingsförbundet har också en rekommendation om att landsting och kommuner skall tillämpa gemensamma riktlinjer för remittering av patienter till andra länder. Landstingen skall därför i varje enskilt fall vända sig till Landstingsförbundet för en rekommendation, som utfärdas efter det att Socialstyrelsen har yttrat sig. Det är ett tiotal patienter per år som via denna beslutsväg får vård i annat land. Det kan handla om mycket dyrbara behandlingar.

Medlemskapet i EU innebär att det finns ett regelverk för hur planerad gränsöverskridande får utnyttjas och ersätts. Det är mycket få patienter som hittills varit aktuella för utlandsvård inom ramen för dessa bestämmelser. Under första halvåret 2002 ansökte 15 personer hos försäkringskassan om vård i annat EU-land. Samtliga ansökningar avslogs. EU:s blankettsystem för planerad vård används också av sjukvårdshuvudmännen för reglering av ersättningar. Det kan exempelvis avse uppföljande behandling efter ett akut omhändertagande i ett annat EU-land. Under perioden maj 2001-juni 2002 reglerades icke-akut vård för 81 patienter på detta sätt. Diagnoserna inom denna grupp pekar inte på att det varit fråga om högspecialiserad vård.

Sammantaget visar tillgängliga uppgifter att gränsöverskridande planerad vård inom EU-området under en rad av år har legat på en relativt konstant och mycket låg nivå.

Resursbrister eller väntetider har hittills inte varit en faktor av någon större betydelse för vård utomlands. Det kan bero på att Sverige som regel i tiden delat problemen med väntetider för nya behandlingar med de flesta andra länder, t.ex. under en period när gråstarr- och höftledsoperationer blev standardiserade behandlingar. Lösningar på tillgänglighetsproblem har naturligt prioriterats inom den egna organisationen och en rad olika insatser har också skett under de senaste tio åren för att korta väntetider.

Köp av vård i andra länder för att korta köer har i Sverige inte diskuterats på samma sätt som t ex i Norge där problemen med långa väntetider har varit allvarigare och där också betydande satsningar gjorts både på köp av utlandsvård och rekrytering av läkare och sjuksköterskor i andra länder.

Under intervjuerna med landstingen framkom att det idag inte finns några anmärkningsvärda väntetidsproblem inom den svenska region- och rikssjukvården. I de fall ett regionsjukhus inte kan ta

hand om en patient löses detta som regel genom kontakter mellan klinikerna på de svenska regionsjukhusen. I södra sjukvårdsregionen har inom några specialiteter även Rigshospitalet i Köpenhamn länkats in som en alternativ vårdgivare.

Svensk sjukvård håller en hög internationell klass, vilket bl.a. visas av att det är sammantaget betydligt fler utländska patienter som söker högspecialiserad vård i Sverige, än svenska patienter som remitteras för avancerade behandlingar i annat land.

Flera landsting är öppna för att "sälja" svensk sjukvård och några har bildat företag för att underlätta administrationen. I slutet av 1980-talet bildade t.ex. 12 landsting ett gemensamt icke-vinstdrivet bolag SwedeHealth som skulle förmedla försäljning av eventuell överkapacitet i vården. SwedeHealth upplöstes och några landsting har därefter bildat egna bolag t.ex. Stockholm Care, Gothenburg Care och Uppsala Care. Bolagen har som regel också en vidare verksamhet med exempelvis konsulttjänster utanför Sverige. Även sjukvårdsinrättningar som drivs i privat regi (t.ex. Sofiahemmet, Ersta och Strängnäskliniken) arbetar aktivt för att erbjuda vård till patienter från andra länder. Det som i första hand är intressant för denna typ av gränsöverskridande vård är naturligt nog högspecialiserad vård, exempelvis neurokirurgi, och vissa "super" specialiteter där det kan finnas utrymme för ett större patientunderlag.

En begränsande faktor för en mer betydande ökning av försäljning av vård till utlandet har varit att landstingen, som i första hand måste erbjuda vård på lika villkor för den egna befolkningen, inte har kunnat ha det kapacitetsutrymme som skulle krävas för en mer omfattande vård av utländska medborgare. Enligt uppgift från Swe-care (som är en paraplyorganisation för svensk export inom hälso- och sjukvårdsområdet) måste största delen av de utländska patienterna som vill få vård i Sverige avvisas på grund av platsbrist.

Totalt sett har planerad vård av patienter från andra länder liten omfattning. T.ex. kom endast ca 4% av patienterna inom rikssjukvården, så som den redovisas i Vårdkatalogen år 2000, från andra länder.

8.2 Norden

Skillnaderna är relativt små mellan de nordiska länderna om man ser till hälso- och sjukvårdens finansiering, innehåll, och organisationskultur. Självfallet innebär också den större språkgemenskapen att ett nordiskt samarbete inom vården ter sig som mest naturligt från såväl ett patient- och personalperspektiv.

Sjukvårdssamarbete i gränsområden

Det finns visst samarbete om gemensamma läkarjourer i gränsområden mellan Sverige och Norge respektive mellan Sverige och Finland. Värmlands läns landsting har ett avtal med Norge (Rikstrygdeverket) om helikoptertransporter vid akuta vårdbehov där patienten kan flygas till sjukvårdsinrättning i landstinget eller vid svårare fall till sjukhus i Norge. Viss annat utbyte av vårdtjänster som hänger samman med gränsöverskridande boende och arbete förekommer också även om det inte är avtalsreglerat. Det förekommer också att norska patienter remitteras till Örebro universitetssjukhus.

För vård som inte kan ges på Åland har befolkningen möjligheter att få vård antingen i Helsingfors/Åbo eller i Uppsala/Stockholm. Åland har ett avtal med Uppsala läns landsting som även innefattar vidareutbildning av sjukvårdspersonal. Kostnaderna för vård utanför Åland 2002 uppgick till 4,96 miljoner EURO, vilket utgör 8,6% av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna, med en fördelningen av 53% för vård i Sverige 47% för vård i Finland.

Inom Öresundsregionen har under senare år utvecklats ett samarbete inom högspecialiserad vård mellan sjukhus i Köpenhamns Amt, främst Rigshospitalet samt Malmö och Lunds universitetssjukhus. Samarbetet bygger på initiativ inom vissa kliniker varför omfattning och inriktning varierar betydligt.

Kapacitetsutjämning

Exempel på samarbete med syfte att utjämna kapacitetsproblem är avtal om samarbetet inom intensivvård och neonatalvård mellan Rigshospitalet och Malmö och Lunds universitetssjukhus. Vid platsbrist skall sjukhusen på ömse sidor om sundet hjälpa varandra. För att korta väntetiderna för bypass-operationer i Lund slöts ett

avtal år 2001 mellan Universitetssjukhuset i Lund och Gentofte sjukhus på Själland om att Gentofte skulle utföra 60 hjärtoperationer.

Flera svenska sjukhus har också tagit emot patienter från Norge. Mot bakgrund av de långa väntetiderna i Norge under 90-talet (särskilt ortopedi, ögon samt öron, näs och hals) beslöt Stortinget 1997 om särskilda medel (120 miljoner Nkr) för vård i andra nordiska länder. Dessa medel togs dock inte i anspråk fullt ut.

Samordnad verksamhetsutveckling utan att patienterna flyttar

Det finns också samarbetsprojekt som bygger på att läkare och annan personal går in i en samordnad utvecklingsprocess utan att patienterna behöver förflyttas. Centra för behandling av blödarsjuka i Århus och Köpenhamn samt universitetssjukhuset i Malmö har ett samarbetsavtal som innebär att läkare från Universitetssjukhuset i Malmö går in när läkare på Rigshospitalet har semester. Klinikerna arrangerar också gemensam mottagning en gång i månaden och gemensamma konferenser. Som ett första steg inriktas arbetet på samordnade behandlingsprogram och jourverksamhet samt utstationering av personal vid ledigheter och frånvaro. Samarbetet omfattar också konferenser personalutväxling och samordning av forskning. Ett mål på sikt är att kunna överväga koncentration av patientvården till ett sjukhus.

För att på liknande sätt skapa ett "center of excellence" för bröst- och endokirurgi har slutits ett avtal mellan Universitetssjukhuset i Lund och Rigshospitalet som bl.a. innefattar gemensamma överläkartjänster. Målet är att bilda ett nordeuropeiskt centrum för metodutveckling, utbildning och forskning och att på sikt slå ihop de båda enheterna.

Samarbete om specialist- och vidareutbildning

Anestesi/intensivvårdsklinikerna i Malmö och i Gentofte, Herlev och Glostrup har samordnat specialistläkarutbildning. Ett nätverk för intensivvårdssjuksköterskor i Öresund har också bildats för samarbete om kvalitetsarbete och kompetensutveckling.

Andra typer av samarbete

Utöver avtalsbundet samarbete remitterar ibland också enskilda kliniker patienter till vård i andra nordiska länder. Det kan ske vid kösituationer, eller då komplicerade fall anses kräva ytterligare specialistinsats. En annan typ av samarbete är när norska Helsedepartementet remitterar ortopedpatienter till Sahlgrenska Universitetssjukhuset för "second opinion" vid överklaganden om avslag t.ex. vid önskemål om ryggvård vid Strängnäscliniken.

Förutsättningar för gränsöverskridande vård mellan de nordiska länderna

Grundprincipen för att bevilja vård i de nordiska länderna är att vården som patienten behöver inte skall kunna fås i hemlandet och inte avse forskningsmässig eller experimentell behandling. Danmark har dock nyligen öppnat för att även kunna inkludera de senare typerna av behandling. Härutöver har sjukvårdshuvudmän vid några tillfällen träffat avtal över gränserna för att kapa köer. Visst gränssamarbete förekommer också.

Öresundssamarbetet innehåller exempel på mer nyskapande tänkande där gemensam vårdplanering, kvalitetssäkring, kompetens- och forskningsutveckling tas med och där i några fall det också har satt som ett långsiktigt mål att koncentrera behandlingarna till ett sjukhus/klinik.

Svenska patienter som vårdas i andra länder omfattas av patientförsäkringen om de har remiss eller har fått godkännande för vård i annat land. Motsvarande gäller i de andra nordiska ländernas patientförsäkringar. Systemen för att garantera patientsäkerhet måste också anses fungera väl och likartat, även om tillsynsmyndigheterna endast kan agera i det egna landet.

I diskussionen om ett rationellt kapacitetsutnyttjande har samarbete om utbyggnaden av högspecialiserad vård mellan de nordiska länderna ofta förts fram som en möjlig och önskvärd utveckling. Det har dock varit svårt att hitta former för en mer riksövergripande samordning, bl.a. beroende på att ansvaret för driften av sjukvården i hög grad är decentraliserat i samtliga länder.

Inom ramen för Nordiska Ministerrådet drivs två nordiska institutioner som med samnordisk finansiering har uppgifter inom utbildning för personal inom hälsosektorn - Nordiska hälsovårdshögskolan i Göteborg och Nordiskt centrum utbildning av döv-

blind personal i Dronninglund, Danmark. I projektform har vidare drivits ett nordiskt kompetenscentra för behandling av personer som varit utsatta för tortyr. Inom Nordiska Ministerrådets sekretariat pågår f.n. en utredning om vård vid små och sällsynta sjukdomar och handikapp.

Scandiatriansplant som bildades redan 1969 organiserar utbytet av organ mellan de fem nordiska länderna. Det finns också ett relativt väl utvecklat samarbete mellan de olika transplantationsklinikerna i Norden inklusive en gemensam nordisk transplantationskommitté. Också inom flera andra medicinska specialiteter har den medicinska professionen organiserade nordiska nätverk/föreningar etc.

Av intresse i detta sammanhang är det nordiska hälsoberedskapsavtalet som skrevs under 2002. Det är ett ramavtal med syfte att utveckla beredskapsarbetet inom hälso- och sjukvården, inklusive ömsesidig assistans vid kriser och katastrofer inklusive händelser (olyckor och terrorhandlingar) med bl.a. radioaktiv strålning, biologiska och kemiska ämnen. I uppföljningsarbetet inom ramen för avtalet är exempelvis resurserna för brännskadevård ett område som kan komma att tas upp. Det finns också ett nordiskt räddningstjänstavtal från 1989.

I rapporten "Norden som helsemarknad" från 1996 som utarbetades av en arbetsgrupp under Nordiska Ministerrådet konstaterar att antalet patienter som vårdas "gränsöverskridande" inom Norden är relativt litet. Någon samlad statistik finns inte, men den redovisning som lämnas visar på att Norge då rapporten gjordes låg högst för remisser till annat land, ca 300 patienter år. Island remitterade ca 100 patienter för utlandsvård och Danmark 80, medan Sverige och Finland då sannolikt hade ännu något lägre siffror.

Även om arbetsgruppen menar att det generellt inte finns behov att utveckla gränsöverskridande vård, så anser arbetsgruppen att det för den mycket högspecialiserade vården finns skäl att närmare utreda en möjlig arbetsfördelning mellan de nordiska länderna. Arbetsgruppen pekade bl.a. på det faktum att alla nordiska länder sänder ett visst antal patienter för behandling utanför Norden. När det gäller Norden som en hälsomarknad refereras också att ländernas olika lagstiftning för konstgjord befruktning har gjort att patienterna sökt sig till vård i annat nordiskt land. Utvecklingen inom genteknologi, xenotransplantationer och tunntarmstransplantationer nämns som behandlingsområden som kan vara intressanta för en framtida nordisk hälsomarknad.

8.3 Europeiska unionen

Enligt artikel 152 i EG-fördraget skall gemenskapen när det agerar på folkhälsoområdet fullt ut respektera medlemsländernas ansvar för att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård.

Enligt EU-förordningen 1408/71 om tillämpningen av systemen för social trygghet kan personer få ersättning för planerad vård i annat land om detta har beviljats i förhand av den egna sjukförsäkringsinstitutionen. Medgivande om vård i annat land kan inte nekas om behandlingen ingår i ett lands offentliga hälso- och sjukvårdsutbud, men inte kan erbjudas inom en period som normalt är nödvändig med hänsyn till hälsotillståndet eller sjukdomens sannolika utveckling. Resekostnader och andra tillkommande kostnader ersätts inte.

EG-domstolen har under senare år i olika domar behandlat medlemsländernas rätt att kräva förhandsprövning. I de olika domarna har bekräftats att länderna har berättigade motiv för begränsningar och restriktioner av en mer fri utväxling av patienter. Det ena är behovet att kunna planlägga ett tillräckligt stabilt sjukhusväsende för att säkra folkhälsan. Det andra är om det finns en faktisk risk för att den ekonomiska balansen i systemet för social trygghet rubbas. Domstolen har i de olika utslagen samtidigt tydliggjort att ländernas rätt i detta avseende inte är absolut varför skälen för avslag måste kunna bedömas som nödvändiga och vara baserade på objektiva och icke-diskriminerande kriterier när det gäller vårdgivare. Dessa kriterier måste också vara kända på förhand. I det nyligen avgjorda Müller-Fauré -fallet, har domstolen slagit fast att förhandsbesked för ersättning endast kan krävas för sjukhusvård.

Genom att domstolen i sina utslag har vägt samman fördragets bestämmelse om medlemsländernas rätt att själva organisera och besluta om sin hälso- och sjukvård och förordningen 1408/71 med den överordnade lagstiftning om fri rörlighet för varor och tjänster har en rad oklarheter och tolkningssvårigheter blivit tydliga.

Vissa medlemsländer i EU har aktivt försökt försvara fördragets intentioner att hälso- och sjukvårdens organisation och tillhandahållande av vård skall vara en nationell angelägenhet och att länderna fritt skall kunna bestämma om detta. Gränsöverskridande vård som medges i enlighet med förordningen 1408/71 har idag också relativt liten omfattning i de flesta EU-länder. Då vård kan erbjudas i det egna landet har länderna också som regel avslagit ansökningarna om vård i annat land.

Av den ofullständiga statistik över planerad EU-vård som finns framgår att Luxemburg och Belgien årligen har medgivit ersättning för utlandsvård i ca 7 000 respektive 2 000 fall. Övriga EU-länder är betydligt restriktivare i sitt utnyttjande.

Som en följd av EG-domstolens utslag har några medlemsländer ändrat sin lagstiftning. Luxemburg, Belgien och Danmark ersätter sålunda numera utan särskild prövning icke-akut öppen vård i annat EU-land. Även Tyskland kommer enligt det föreliggande regeringsförslaget att utan förhandsbesked ersätta öppen vård i annat EU-land. Redan innan domstolsutslagen kom hade Österrike infört en regel om att ersättning för öppen vård skall utgå med 80 % i de fall då vårdgivaren inte omfattas av avtal med den allmänna försäkringen. Regelen gäller också för vård i annat land. Bestämmelserna om ersättning skiljer sig dock något åt mellan länderna.

I samband med utvidgningen av det fria vårdvalet i Danmark år 2002 så infördes också en bestämmelse om att patienter har rätt att söka vård hos privat vårdgivare eller de vårdgivare i annat land som amten har avtal med och som finns med i Amtsföreningens förteckning i fall då väntetiden för behandling överstiger två månader.

Utslagen i EG-domstolen har i övervägande antal fall gällt personer från länder som har en försäkringsbaserad offentligt vård och där försäkringskassorna har avtal med olika vårdgivare. Det finns därför oklarheter om överförbarhet av de olika domarna till ett naturaförmåns- och skattefinansierat sjukvårdssystem som det svenska. Inom Socialdepartementet pågår också ett arbete för att närmare klarlägga de olika aspekterna på denna typ av gränsöverskridande vård. En rapport kommer att lämnas i december i år.

EG-domstolens olika prövningar kan ses som en process för att utveckla en klarare praxis för såväl begränsningarna som möjligheterna för ett mer fritt vårdsökande inom EU. I denna process kan hävdas att flera medlemsländer hittills huvudsakligen agerat reaktivt med målsättningen att slå vakt om principen att varje medlemsland själv beslutar i frågor som rör sjukvårdens organisation och finansiering.

Det finns tecken på ett paradigmskifte inom EU där medlemsländerna nu mer proaktivt analyserar potentialen för ett rationellt utnyttjande av sjukvårdskompetens och resurser inom Unionen. I slutsatser som antogs i juni 2002 har rådet uttalat att man erkänner att utvecklingen på andra områden, bland annat på den inre marknaden, har konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemen och att man är angelägen om att den skall överensstämma med medlems-

staternas mål för hälso- och sjukvårdspolitiken. Rådets slutsats är att det behövs ett förstärkt samarbete för att främja de bästa möjligheterna att få tillgång till högkvalitativ hälso- och sjukvård samtidigt som sjukvårdssystemen fortsätter att vara ekonomiskt hållbara. Enligt rådet gör den nära förestående utvidgningen av EU detta ännu nödvändigare. Rådet konstaterar därför att det finns ett värde i att kommissionen inleder en process för reflektion på hög nivå.

Reflektionsprocessen om hur man på europeisk nivå skall hantera patientrörlighet och hälso- och sjukvårdssamarbete pågår. Den beräknas vara avslutad detta år. Slutsatser och förslag kommer att beredas vidare i kommissionen.

Drivkrafterna bakom och eventuellt mervärde av olika typer av samarbete för gränsöverskridande vård har tagits upp i diskussionerna.

Ett område är de olika former av sjukvårdssamarbete som finns i gränsområden där befolkningen har språkgemenskap och väl utvecklade arbets- och sociala nätverk över gränserna (s.k. Euroregioner).

Ett annat område av intresse är att kunna utjämna kapacitetsproblemen. Ett exempel på detta är det avtal som slutits mellan Storbritannien och Belgien. För att korta väntetider i Storbritannien för erbjuds patienter att få vissa operationer utförda vid belgiska vårdinrättningar.

Ett tredje område som har diskuterats i rådets reflektionsprocess är möjligheterna att utveckla europeiska referenscentra för högspecialiserad diagnostik och behandling, rådgivning och utbildning. Detta skulle kunna vara aktuellt vid sällsynta diagnoser och behandlingar som kräver särskild specialistkunskap, vissa behandlingsvolymmer eller dyrbar utrustning. Syftet är att kunna erbjuda alla medborgare bästa tillgängliga vård även i fall då sjukdomarna är mycket sällsynta eller där en mycket specialiserad medicinsk metodik inte kan eller bör utvecklas på alltför många platser. Det behöver nödvändigtvis inte vara så att patienter flyttas utan kan också handla om kompetenscentra som arbetar i nätverk med nationella enheter.

Gränsöverskridande vård förutsätter att det finns kompatibla system som garanterar grundläggande patienträttigheter och patient-säkerhet. Dessa frågor kan komma att studeras i den fortsatta processen. Ett mer okontroversiellt arbetsområde är att utveckla information och statistik. Inom kommissionen för social trygghet

finns t.ex. redan förslag om ett elektroniskt patientkort som kan komma att introduceras under år 2004.

Patientsäkerhet kan dels vara fråga om ansvarförhållanden och tillsyn, dels normer och medicinska standards för att säkerställa en god vård. Medlemsstaterna har dock hittills övervägande varit negativa till att kommissionen skall gå in i ett arbete som rör kvalitetskriterier och kvalitetsvärderingssystem, vilket anses ligga helt inom den nationella kompetensen.

Det s.k. Framtidskonventet föreslog inga förändringar i fördraget på hälso- och sjukvårdsområdet. Behovet av förtydligande av fördragsregleringen på området prövas f.n. inom regeringskonferensen om ett nytt konstitutionellt fördrag för EU.

8.4 Framtida internationellt samarbete om högspecialiserad vård

Patienterna

Patienterna kommer i ökande uträkning att ställa krav på vård av hög kvalitet, rimliga väntetider och att själva kunna välja var man skall få sin vård. På samma sätt som information om andra tjänster söks via Internet, så kommer ett växande antal personer att söka information om sin sjukdom, läkemedel och behandlingar. Patienterna kommer också att i ökad utsträckning att skaffa sig information om nya medicinska metoder och när och hur de införs inom den "egna" sjukvårdorganisationen. Eventuella glapp i införande av nya teknologier kommer att uppmärksammas. Sjukvårdshuvudmännen och andra aktörer i samhället stöder i princip denna utveckling och utarbetar olika funktioner för att hjälpa patienten att kunna vara en aktiv sjukvårdskonsument som deltar i besluten om sin vård. Denna utveckling kan bidra till en större öppenhet hos vissa patientgrupper för vård och behandling i andra länder.

Samtidigt bör nämnas att patienternas önskemål, långt ifrån alltid kommer att vara baserat på bästa tillgängliga medicinska evidens. Önskemål om vård på en onödigt hög vårdnivå kan inte uteslutas. Stora krav kommer därför att ställas på en fördjupad dialog mellan läkare och patient.

Även med den utveckling som beskrivs ovan torde det inom överskådlig tid ändå att handla om små patientgrupper. För de stora patientgrupperna kommer behovet av kontinuitet i en be-

handling över längre tid, behovet av närhet, trygghet i det egna språket och stöd av anhöriga att väga tyngst.

Den svenska patientförsäkringen täcker idag vård utomlands om den har skett efter remiss av sjukvårdshuvudmannen. Ansvarfrågor vid eventuella felbehandlingar, som måste ske inom ramen för varje lands regelverk, kan givetvis komma att bli komplicerade.

Den medicinska utvecklingen

En allmän bedömning är att den medicinska utvecklingen går mot en ökning av mer avancerade diagnos- och behandlingsmetoder. Det finns också flera faktorer som talar för behov av en ökad koncentration av medicinska teknologier som är extremt dyrbara, kräver mycket stort patientunderlag eller där kompetensen finns på få ställen. En naturlig utveckling skulle vara att nya former för samarbete över nationsgränser aktualiseras.

Sjukvårdshuvudmännen

Nödvändigheten för sjukvårdshuvudmännen att kunna planera för ett "fullgott" vårdutbud inom ekonomisk hållbara ramar gör att länder och sjukvårdshuvudmän i medlemsländerna kommer att vara fortsatt restriktiva när det gäller medgivanden om vård i andra länder.

Samtidigt finns en tydlig ambition att den offentliga sjukvården på ett bättre sätt skall möta patienternas behov av vård och behandling. Det fria vårdvalet och reglerna för landstingens vårdgarantier är exempel på detta. En naturlig utveckling är då att inom vissa ramar också kunna möta behov och önskemål om vård i utlandet.

Patienter och huvudmän har ett gemensamt intresse av att vård som köps i ett annat land är av god kvalitet och att vårdinrättningen har kompetens och beredskap för att klara eventuella komplikationer. Den internationella utvecklingen går också mot större krav på dokumentation och öppenhet om kliniska resultat.

Hälso- och sjukvårdspersonalen

Socialstyrelsen arbetar med en fördjupad prognos om den framtida tillgången på specialistläkare vars resultat kommer att presenteras i

januari år 2004. Redan nu kan dock konstateras att åldersfördelning bland specialistläkarna är ojämn, med en övervikt för äldre läkare. Erfarna specialister kommer under vissa perioder att behöva ersättas med unga specialister eller läkare som ännu inte är klara med sin specialistutbildning (ST-läkare). Under de senaste åren har utländska läkare svarat för en stor del av nya legitimationer. En ökad rekrytering av specialistläkare från andra länder kan också bli nödvändig i en framtid. Samtidigt redovisar de flesta OECD-länder liknande problem vad gäller tillgång på läkare och sjuksköterskor. Olika faktorer inklusive löneläget i olika länder kan därför påverka rekryteringen också av svensk hälso- och sjukvårdspersonal. Sammantaget är det därför svårt att bedöma omfattningen av den gränsöverskridande personalrörligheten.

En ökad personalrörlighet inom EU-området skulle betyda att de professionella länkarna mellan sjukhus och kollegor blir flera, vilket i sin tur kan påverka inställningen till vård i andra länder.

Kommersiella intressen

Den privata vinstdrivande sjukvården är allt mer internationaliserad. Villkor för upphandling av vård i annat land måste också vara förenligt med EU:s bestämmelser om fri rörlighet av tjänster. I de olika fall som EG-domstolen har prövat har också markerats att ländernas beslut i frågor om vård i annat land inte får grundas på kriterier som innebär en diskriminering av olika vårdgivare. Privata vårdföretag har ett klart intresse av att det inte finns några hinder för fri etablering och rörlighet av tjänster. Det finns också tendenser till att utvecklingen inom EU går mot att pengarna följer patienter oavsett vårdgivare. Detta gäller i första hand länder som har en försäkringsbaserad organisation. Vad detta betyder för Sverige och andra länder som har en skattefinansierad sjukvård är oklart. EG-domstolen har dock i ett antal domar, som gällt fall i försäkringsbaserade system, likställt de naturaförmåns/skattefinansierade systemen med de försäkringsbaserade.

Sammanvägning av möjliga utvecklingstendenser för framtida internationellt samarbete

Gränsöverskridande högspecialiserad vård har idag en mycket liten omfattning och har också under en följd av år legat på en relativt konstant nivå.

De flesta patienterna, inte minst äldre, har behov av vård under en längre period med fungerande vårdkedjor, de behöver tryggheten i språk och närhet till anhöriga. Vårdinsatser som är mer enstaka och därmed mer oberoende av avstånd utgör en mindre del. Detta gäller även för den högspecialiserade vården.

Medan möjligheten till vård för specifika behandlingar i annat land kan vara av avgörande betydelse för ett fåtal patienter är, den i nuläget i ett vårdstrukturperspektiv relativt ointressant.

Också under överskådlig tid kommer det dominerande intressena hos samtliga aktörer att ligga i en utveckling av sjukvården inom det egna landet. De krafter som talar för en ökad rörlighet över gränserna är jämförelsevis mycket svagare. För den högspecialiserade vården finns dock en klar potential för att gränsöverskridande vård i en framtid får en större betydelse och detta både från ett patient- och ett vårdstrukturperspektiv. I vilken grad denna potential kommer att realiseras är till stor del beroende på vilka politiska initiativ som tas.

Språkgemenskapen och likheterna i organisationskultur inom Norden talar i första hand för en ökad nordisk samverkan. Samarbetet i Öresundsregionen och eventuellt samarbete inom ramen det nya nordiska avtalet om beredskap inom hälso- och sjukvården är då särskilt intressant. Det pågående arbetet inom EU har också en klar potential för att det kommer att utvecklas bättre och tydligare förutsättningar för ett internationellt samarbete om planerad högspecialiserad vård.

Vid en koncentration av viss spetkompetens eller extremt dyr utrustning som kräver mycket stort befolkningsunderlag har svensk sjukvård intresse av att både kunna köpa och sälja vårdtjänster. Ambitionen att i Sverige fortsätta att ha en sjukvård av världsklass innebär ett naturligt behov av att för smala verksamheter ha en kritisk massa av medicinsk kompetens och patientvolym. För vissa mer avancerade diagnos- och behandlingsmetoder kan då komma att krävas ett ökat internationellt samarbete som ger tillräckligt stora patientvolym för att kunna upprätthålla kvalitet och en hållbar ekonomi. Att svensk hälso- och sjukvård har en god plattform i ett ökat internationellt samarbete visas bl.a. av att det är fler

patienter söker högspecialiserad vård i Sverige än de som remitterats för sådan vård i andra länder.

Bl.a. följande frågeställningar kan komma att aktualiseras i ett scenario med ett växande internationellt samarbete om vård:

- Målet om på vård på lika villkor betyder att mekanismer kan behöva tillskapas för att undvika att sociala ojämlikheter i möjligheterna att utnyttja ett gränsöverskridande vårdutbud.
- Ett samordnat nationellt system kan behövas för att garantera en likvärdig bedömning av vilka typer av avancerade behandlingar i andra länder som skall ersättas.
- Sverige ligger långt framme i utvecklingen av kvalitetsregister för professionens kvalitetsuppföljning. Frågan kan dock ställas om dagens system, i Sverige såväl som i andra länder, är tillräckligt utvecklade för den kvalitetssäkring som kan komma att krävas för mer institutionaliserat internationellt samarbete.
- I nuvarande svenska hälso- och sjukvårdsorganisation finns idag inga fungerande former för att på ett nationellt plan kunna stödja eller träffa avtal om en internationell vård-samverkan som omfattar både köp och försäljning av vård-tjänster.

9 Den högspecialiserade vårdens organisation – internationell utblick

I detta avsnitt görs i enlighet med vårt uppdrag en genomgång av den högspecialiserade sjukvårdens organisering i ett antal länder. Då de organisatoriska förutsättningarna skiljer sig har det inte varit möjligt att ge avsnittet en helt stringent och jämförbar uppställning.

9.1 Finland

Sjukvården i Finland är en kommunal uppgift. Länsstyrelserna har tillsyn över hälso- och sjukvården inom sina distrikt. Sjukhusen ägs och drivs som regel av kommunalförbund, s.k. samkommuner. Kommunerna resp. samkommunerna har relativt stor frihet att organisera vården. De kan ordna tjänsterna själva, köpa dem av staten, en annan kommun, en annan samkommun eller annan offentlig eller statlig serviceproducent. Staten utformar riktlinjerna och den övergripande planeringen av sjukvården. Detta sker främst genom mål- och verksamhetsprogram för social- och hälsovården (TATO) för fyra år i sänder. Programmet kompletteras av årliga resursbeslut i samband med statsbudgeten. Regleringen sker genom Lagen om planering av och statsandel för social- och hälsovården.

I enlighet med lagen om specialiserad sjukvård meddelar social- och hälsoministeriet anvisningar om ordnandet av högspecialiserad vård. Den högspecialiserade vården koncentreras antingen regionalt till fem universitetssjukhus eller motsvarande enheter, eller riksomfattande till färre än fem universitetssjukhus.

Om andra enheter än universitetssjukhus ordnar högspecialiserad verksamhet skall det finnas försäkran om likvärdig kvalitativ nivå som för det särskilda kunnandet vid universitetssjukhus.

Motiven för koncentration till universitetssjukhus eller sjukhus med motsvarande nivå inkluderar:

- tillräcklig upprepning och volym,

- heltäckande jourberedskap,
- beaktande av risker,
- tillräckliga (kvantitativt och kvalitativt) lokaler och utrustning,
- ett fungerande informationssystem.

I förutsättningarna ingår att sjukhuset har ett fungerande kvalitetsystem och resultatredovisning. I övrigt organiseras verksamheten efter regionala överenskommelser.

Med rikssjukvård avses verksamhet som koncentreras till färre enheter än de fem universitetssjukhusen. Rikssjukvården avser sällsynta behandlingar som kräver avancerat medicinskt kunnande eller avancerad utrustning.

Finland har f.n. 22 särskilda behandlingsområden angivna i en förordning över rikssjukvård där även framgår vilka sjukhus som är ansvariga för verksamheten.

- Undersökning och vård av transsexuella personer, operativ vård vid könsbyte
- Vårdplan och primär operativ vård vid harläpp och klugen gom
- Operationer för skelettdysplasi
- Skelettcancer och primär vård av bindvävssarkom
- Operativ vård av skolios
- Operativ vård av glaukom hos barn
- Vård av retinoblastom
- Annan vård av malignt melanom i ögat än avlägsnande av ögat
- Öppen hjärtkirurgi för spädbarn och annan krävande hjärtkirurgi för barn
- Operativ vård av antikroppspositiva (F-VIII) hemofilipatienter
- Krävande fosterundersökningar och avancerad behandling med blodprodukter
- Syrevård med övertryck och därtill ansluten kirurgi
- Kliniska PET-undersökningar
- Invasiv diagnostik och kirurgisk vård av epilepsi
- Operativ vård av kraniofacial deformitet
- Epikeratofacialoperationer
- Transplantationer av njure, bukspottskörtel, lever, hjärta och lungor
- Vård av mycket svåra brännskador

- Allogena benmärgstransplantationer
- Kirurgisk behandling av svår fetma
- Rättspsykiatriska specialundersökningar, sinnesundersökningar medräknade
- Psykiatrisk vård av farliga och svårbehandlade barn och unga

De flesta av dessa områden återfinns i den svenska vårdkatalogen (som dock är mer omfattande). En skillnad mot Sverige är att det psykiatriska behandlingsområdet ingår som rikssjukvård. Av de 22 ovan nämna verksamhetsområdena finns 13 enbart vid ett universitetssjukhus, 7 vid två sjukhus och 2 vid tre sjukhus.

En rapportering sker till social- och hälsoministeriet i enlighet med centralt utarbetade koder för rapportering av undersökningar och åtgärder som omfattas av den högspecialiserade sjukvården. Särskilda korrektiva instrument för efterlevnad av förordningen finns inte. Det senare behövs sannolikt inte då staten vid fastställande av planer och statsanslag har möjlighet att vidta åtgärder om så skulle behövas.

9.2 Danmark

På samma sätt som i Sverige har en decentralisering av sjukvårdens planering och styrning skett till amten. De 14 amten och Köpenhamns och Frederiksbergs kommuner har det samlade ansvaret för all sjukvård inom amtsområdet. Rigshospitalet övergick 1995 från att vara ett statligt universitetssjukhus till Hovedstadens Sygehusfaellesskab, som också övertog övriga uppgifter från Köpenhamns och Frederiksbergs amtskommuner. Befolkningsunderlaget för amten ligger mellan 200 000-250.000 invånare med undantag för Köpenhamn och Bornholm som avviker befolkningsmässigt från det nämnda.

Amten har för den högspecialiserade vården etablerat en samarbetsstruktur i tre huvudregioner: Region Nord (Nordjyllands, Viborg, Århus, Ringköping och Vejle amter), Region Syd (Ribe, Vejle, Sønderjyllands och Fyns amter) samt Region Öst (Storströms, Vestsjaellands, Roskilde, Frederiksborg, Bornholms och Köpenhamns amter samt Hovedstadens Sygehusfaellesskab). Innan beslut tas i varje amt så förutsätts att en diskussion har ägt rum inom regionerna. Det finns också ett Västdanskt och ett Östdanskt samarbetsforum.

En strukturkommission med uppdrag liknande Ansvarskommittén kommer att lämna rapport under året. I denna utredning behandlas amts- och regionindelning. Sjukvården finansieras genom amtskatter. Den statliga styrningen har genomgått olika faser. Före 1970 hade staten en finansierande och delvis operativ roll. Efter tillkomsten av amtorganisationen skedde en successiv decentralisering liknande den i Sverige. Under 80-talet träffade staten och amten årliga överenskommelser om ekonomiska tak. Under 90-talet när sjukvårdsutgifterna igen tilläts öka, har statens roll också ökat i planeringen och styrningen av sjukvården. Till de ekonomiska avtalen (motsv. Dagmaröverskommelserna) har knutits olika riksövergripande avtal om mål, servicenivåer och fritt vårdval. Statlig styrning sker också genom centrala planläggningsanvisningar (enligt lagen från 1994 om samarbete och planläggning). Sundhetsstyrelsen utfärdar vägledning för planerna. Planerna behöver dock inte fastställas av ministeret/sundhetsstyrelsen.

Bl.a. det fria vårdvalet har gjort att vägledningen om planläggningen av specialistvården fått större tyngd. Dessa anvisningar är relativt detaljerade för de olika specialiteter och deras organisation på basnivå, landelsnivå och landsnivå. Kriterierna för verksamhet på landsdels- och landsnivån är gemensamma:

- om sjukdomen/tillståndet på grund av ovanlighet eller hänsyn till behoven av kunna samla erfarenhet bör koncentreras till ett färre antal ställen,
- om diagnostik/behandling är komplicerad och förutsätter många tvärgående funktioner/samarbetspartners, och
- om diagnostik och eller behandling medför stor resursförbrukning t.ex. i form av specialutrustning.

I vägledningen anges även att för vissa mycket speciella tillstånd så är patientunderlaget i Danmark för litet för att en verksamhet skall kunna etableras. I sådana fall bör patienterna i enlighet med gällande regler hänvisas till vård utomlands.

Till basnivån för specialistvård räknas funktioner som bara bör etableras som amtsövergripande funktioner, funktioner som bara bör finnas på ett ställe i amtet (huvudsjukhusnivå) samt funktioner som kan finnas på flera ställen i varje amt. Ca 90% av specialistsjukvården ligger på denna nivå. Så långt möjligt försöker man precisera krav på kompetens, jourberedskap och befolkningsunderlag. Ett huvudmotiv är att åstadkomma en kvalitetssäkring av vården.

Sjukhusen på denna nivå har olika förpliktelser inklusive att remittera vissa patienter till högre nivå resp. att samarbeta med högre nivå när medicinska metoder förs ut i vårdkedjan.

Det finns ingen definitionsmissig gränsdragning mellan landsdel- och landnivån annat än att specialiteter på landnivå endast finns på ett sjukhus.

Verksamheter på landsdels/landnivån skall placeras på sjukhus med möjligheter till multidisciplinär kompetens. Således etableras bara nya specialiteter vid sjukhus som redan har högspecialiserad vård. Av hänsyn till FoU och utbildning är den generella principen att specialiteterna bör finnas på universitetssjukhus. I tillägg till befolkningsunderlag söker man etablera enheter både i östra och västra Danmark om detta är möjligt.

Innan en ny högspecialiserad verksamhet etableras skall samråd ske med Sundhedsstyrelsen. En funktion som definieras som landsdels- eller landsnivåspecialitet har särskilda förpliktelser. I tillägg till samarbetsförpliktelser och skyldighet att ta emot patienter från andra sjukhusområden ingår kvalitetsutveckling, dokumentation om verksamhet och kvalitet samt FoU och utbildning. Sundhedsstyrelsen ger ut anvisningar om vilken dokumentation som måste finnas.

Inom ramen för vägledningen förordas att amten i de tre regionerna utformar samarbetsavtal. Sådana avtal finns främst för samarbetet när det gäller forskning och utbildning men också för patientvården. I Sundhedsstyrelsens vägledning anges vad som bör ingå i avtalen:

- nödvändigt patientunderlag
- kapacitets och aktivitetsnivå
- indikationsnivå för utredning och behandling
- mål för kvalitet/kvalitetsprogram
- ekonomiska ramar/konsekvenser
- betydelse för forskning och utbildning
- principer för samarbete,
- uppföljning och utvärdering.

Center-satellitavtal kan också utformas mellan en landsdelsavdelning och ett huvudsjukhus som i samarbete med landsdelsenheten sköter vissa behandlingsskeden.

Den centrala vägledningen är rådgivande och det verkar finnas utrymme för flexibilitet i praktisk tillämpning. Styrfunktionen ligger sannolikt främst i att konsensus skapas inom professionen och amten om vad som är rätt vårdnivå för de olika medicinska interventionerna inom respektive specialitet.

Sundhetsstyrelsen har uttalat att de bedömer att utvecklingen går mot en ökande mängd behandlingar som kräver större koncentration och ökat befolkningsunderlag. Sundhetsstyrelsen har också tagit fram anvisningar om lämpligt befolkningsunderlag för olika specialiteter. Som regel sätts ett lägsta tak på 250 000 invånare. I en färsk sektorstudie analyseras produktivitet, självförsörjningsgrad och effektivitet. Slutsatserna pekar mot att det bör finnas tre regioner där varje region har minst 1 miljon invånare. Danmark har dock 5 universitetssjukhus.

9.3 Norge

År 2002 övertog staten fylkenas tidigare ansvar för driften av sjukhus. Till skillnad från Sverige hade fylkena inte haft beskattningsrätt för hälso- och sjukvården, vilken finansierats över statsbudgeten. Driftsansvar och finansieringsansvar hade således legat på två olika huvudmän.

Reformen syftade till att få ett samlat ansvar för sjukvården. Bland motiven för reformen ingick att de stora regionala skillnaderna i vårdutbud och kvalitet inte var acceptabla. Vidare att den norska sjukvården måste ha en organisation med bättre förutsättningar att tillgodogöra sig nya medicinska landvinningar.

Då driften av sjukhus inte ansågs kunna föras in i det statliga förvaltningssystemet ombildades sjukhusen till hälsoföretag med lokalt förankrade "opolitiska" styrelser. Fem regionala hälsoföretag svarar för den löpande ägarstyrningen inom ramen för de mål, ekonomiska ramar och planer som Stortinget och ministeriet beslutat om. De regionala hälsoföretagen har ett ansvar för samordning mellan regionerna så att nationell kompetens utnyttjas rationellt. Ministern kan också gå in i övergripande samordningsfrågor genom särskilda styrdokument, beslut eller via möten med företagens "generalförsamling". Någon detaljstyrning skall dock inte förekomma. Sjukhus får inte överföras till privat drift utan godkännande av Stortinget. Hälsoföretagen får dock etablera samarbete med privata aktörer inkl. delägarskap om detta är nödvändigt för verksamheten.

Reformen syftar till att åstadkomma en rad förbättringar genom ökad nationell samordning för bl.a. bättre kapacitetsutnyttjande, rationell sjukhusutbyggnad och kapitalhantering, förbättringar och minskade skillnader i kvalitet, medicinsk praxis och väntetider, mekanismer för finansiering och organisation av forskning som bättre balanserar mot klinisk verksamhet, beredskapsplanering, regionalt

ansvar för utbildning i samarbete med universitet och högskolor, introduktion av IT-användning samt samordnade inköp.

Vid reformens tillkomst markerades regionsjukhusets roll främst när det gäller forskning och utbildning. En analys skulle göras om förutsättningarna för att etablera satellitavdelningar för klinisk forskning vid alla större sjukhus med knytning till universitetsklinikerna. Möjligheter skulle öppnas för FoU också vid andra mindre vårdenheter.

Nationellt övergripande system byggs nu upp för att underlätta både patienternas val av sjukhus och hälsoföretagens styrning. Det finns således på Internet information för alla sjukhus om väntetider och redovisningar enligt vissa kvalitetsindikatorer. Underlagen för besluten om budget utvecklas genom insatsstyrd finansiering byggd på standardiserade redovisningssystem för produktion och ekonomisk resursförbrukning som inkluderar både drift –och kapitalkostnader.

9.4 Frankrike

Frankrike har en allmän hälso- och sjukvårdsförsäkring som är finansierad med skatter/arbetsgivaravgifter. Försäkringen täcker vårdkostnader vid allmänna sjukhus men också de privata sjukhusen. Kostnadsersättningen bygger bl.a. på ett franskt DRGsystem med genomsnittskostnader för olika specialiteter/behandlingsområden.

Regeringen reglerar det ekonomiska utrymmet genom budgetstyrning. Det finns 21 statliga regionala myndigheter som reglerar sammanlagt 95 geografiska sjukvårdsområden. De regionala kontoren har en viss självständighet i planering och resursanvändning som bygger på samråd med de offentliga och privata vårdgivare i området. Även om regeringen eftersträvar lika standard över hela landet finns stora regionala skillnader, där storstadsområdena och södra Frankrike har större utbud än de nordligare regionerna som Bretagne och Alsace.

För att driva sjukhus krävs auktorisering. Sjukhus måste således ha den regionala myndighetens tillstånd för lokalisering, utveckling samt investeringar i dyr utrustning. I regionerna sker en planering för huvudområdena medicin, kirurgi, förlossningsvård, psykiatri och rehabilitering/eftervård samt dyr utrustning. Tillstånden baseras på kvoter för vårdplatser per 1000 invånare som räknas fram med något olika formler beroende på om regionen ligger över eller under riksgenomsnittet för antalet vårddagar inom respektive spe-

cialitet. Kvoterna uppdateras regelbundet. Exempel på utrustning som fått inköpstillstånd är datortomografer, MRT-utrustning, gammakameror och annan avancerad radiologisk utrustning.

De regionala myndigheterna utarbetar två styrande dokument. Det är dels ett som innehåller en kvalitativ analys av hälsobehoven i regionen, dels ett dokument med fastställda kvoter för antal vårdplatser per invånare och viss medicinsk-teknisk apparatur per invånare. Någon särskild kvotering/beräkning görs inte för den mycket högspecialiserade vården. Kirurgiblocket delas t.ex. upp i allmänkirurgi, gynekologisk kirurgi, ögonkirurgi, öron-näs-halskirurgi, ortopedisk kirurgi och traumakirurgi, kärlkirurgi samt kirurgi i inre organ och matsmältningsapparaten.

9.5 Schweiz

Kostnaderna för sjukvården i Schweiz är bland de högsta i världen. Kantonerna har mycket stor självständighet både när det gäller finansiering och organisation av vården. Den federala regeringens styrning sker främst via sjukförsäkringslagstiftningen.

Den högspecialiserade vården bedrivs vid de fem universitetssjukhusen, ett antal större kantonsjukhus och för vissa specialiteter vid helt privata kliniker. Det är relativt allmänt accepterat att den framtida utvecklingen kräver en koncentration av den högspecialiserade vården till färre enheter. Detta skulle kräva lagstiftning som grund för nationell planering och/eller interkantona överenskommelser om vårdstrukturen.

Den schweiziska utredningen om koordination och koncentration av högspecialiserad medicin vars förslag f.n. behandlas föreslår att ett interkantontalt avtal sluts. Detta avtal måste ratificeras av varje kanton. En kriteriekatalog uppställs för vilka verksamheter som skall behandlas i avtalet. I kriterierna ingår: kvalitet, samhällsrelevans, ekonomisk rationalitet, nytta, teknologisk-ekonomisk livslängd, utbildningsbehov för personal och kompetensteam, och relevans för forskning och utbildning.

Följande specialiteter har definierats som verksamheter som kräver rikssamordning;

- Stamcellstransplantationer
- Hypofyskirurgi
- Interventionell neuroradiologi
- Barnhjärtkirurgi och barnkardiologi
- Viss ögonsjukvård

- Organtransplantationer
- Positron-emmissions-tomografi (PET)
- Proton-strålningsterapi
- Svåra brännskador.

Parallellt har en parlamentarisk översyn av den nationell sjukförsäkringen föreslagit att den federala regeringen skall överta planeringen av den högspecialiserade vården om inte kantonerna till 2005 har kommit överens om en rationell organisation och som också senast år 2009 skall ha omsatts i praktisk verklighet.

9.6 Spanien

Spanien har en decentraliserad vårdstruktur. Ett decentraliserat ansvar för vårdens organisation har helt förts över till sju av regionerna. I mycket övertogs en struktur där sjukhusen dominerat den statliga budgeten. Tio av regionerna delar ansvaret med staten, som går in i frågor om utbud och drift. Regionerna fattar beslut om ackreditering/tillstånd för sjukhus.

Specialistvården vid sjukhus är endast tillgänglig efter remisser från först primärvården och sedan den öppna specialistvården. Sjukhusen har haft väntetidsproblem. Huvudinriktningen på reformer under 90-talet har varit inriktad på att få en bättre primärvård och annan öppen vård. Ett flertal nya sjukhus har också öppnats under senare år. Ansträngningarna för att öka effektiviteten har i mycket handlat om introduktion av köp-sälj system. Den högspecialiserade vården har inte varit i fokus för reformer på samma sätt som primärvård, psykiatri, läkemedel etc.

När decentraliseringen nu är genomförd har en process påbörjats för att ånyo förstärka hälsoministeriets reglerande och styrande roll.

9.7 Tyskland

Tyskland har ett mycket stort utbud av sjukvård och i princip finns inga väntetider. Detta gäller även den högspecialiserade vården. Vårdstrukturen bestäms indirekt genom ett komplicerat förhandlingssystem. Varje delstat har en sjukhusplan. Planen förhandlas fram tillsammans med de olika vårdgivarna de privata och försäkringskassorna. Vård vid alla sjukhus som finns med i planen ersätts

via försäkringen, i ökande grad via DRG-baserade taxor men också enligt faktiskt upplupna kostnader för varje patient. Sjukhusens investeringar finansieras av länderna. Bara sjukhus som finns med i sjukvårdsplanen får ersättning för investeringskostnaderna. I planerna listas även specialiteter vid sjukhusen. Sjukhus kan härutöver erbjuda vård till patienter som står utanför försäkringen och således betalar hela kostnaden. Delstaterna investerar olika mycket. En allmän trend är att antalet vårdplatser minskar. Ett hinder för denna utveckling har varit försäkringen endast ersatte vårddagar vid sjukhus. Bara universitetssjukhusen kunde bedriva öppen vård, vilket motiverades av forsknings- och utbildningsbehov. Den nya sjukhusreformen som f.n. behandlas i Förbundsdagen föreslår att specialiserad öppen vård kan ersättas vid olika typer av sjukvårdsinrättningar.

Kostnadstak, ersättningsnivåerna i försäkringen etc., kombinerat med en strävan att utveckla metoder för kvalitetssäkring står i fokus för ministeriets sjukvårdsreform. Hälsoministeriet har hävdad att trots sitt goda rykte så har den tyska sjukvården kvalitetsproblem. I reformen ingår således att parterna etablerar ett nationellt institut för kvalitet och ekonomisk effektivitet. I uppgifterna skall ingå att utvärdera vårdriktlinjer för tunga sjukdomar, ta fram rekommendationer om vårdprogram samt bedömningar om försäkringstäckning för vissa läkemedel och behandlingar.

En kontroversiell fråga som fortfarande diskuteras är om försäkringskassorna mer selektivt skall kunna upphandla vård och att således inte behöva täcka alla i sjukvårdsplanen upptagna vårdinrättningar.

Då det är delstaterna som finansierar investeringar har olika former för reglering av inköp av särskilt dyrbar utrustning prövats. T.o.m. 1997 fanns bestämmelser om att det skulle finnas särskilda kommittéer med representanter för både sjukhus och den öppna vården för beslut om dyr högspecialiserad utrustning. Hälsoministeriet hade rätt att definiera vilka utrustningar som skulle behandlas i kommittéerna, vilket dock inte skedde. Kommittéerna syftade till dels att få en effektiv sam användning av olika aktörer i delstaten, dels att begränsa utbudet till bestämda enheter via samplanering. Styrningen fungerade inte som tänkt och nu har planeringen av lokalisering övergivits. De nya självstyrande organen som ersatt kommittéerna har huvudsakligen till uppgift att garantera effektiv användning via överenskommelser om taxor.

9.8 Storbritannien

Storbritanniens nationella hälsoservice (NHS) är skattefinansierad. Hälsoministeriet har ansvar för reglering, budgettilldelning och styrning. Det är fortfarande ett rätt centralstyrt system även om flera organisatoriska förändringar har skett för att få till stånd en decentralisering av ansvar med lokal förankring. Ett antal "trusts" svarar för driften av hälso- och sjukvården och det finns primärvårdstruster, NHS trustar för sjukhusvård och NHS trustar för psykiatrisk vård. Ett antal strategiska hälsomyndigheter fungerar som länkar mellan ministeriet och de lokala trusterna för att stödja ett genomförande av nationella prioriteringar och kvalitetskrav. En nationell handlingsplan har lagt fast målen för förbättringar inom NHS på 10-års sikt. NHS har också ett treårigt ramverk för närmare planering och prioritering.

Trustsystemet bygger på statlig finansiering. En omdebatterad reform, som enligt planerna skall börja genomföras år 2004, syftar till att sjukhustruster som kan visa att de uppfyller vissa uppställda kriterier skall få en större frihetsgrad i när det gäller organisation, lönesättning och upplåning av kapital, s.k. NHS Foundation Trusts. Nu pågår förberedelsearbete med 50 trustar som kan komma att få denna nya status.

Inom ramen för satsningarna på att förbättra tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården har flera olika organ etablerats. Till dessa hör Commission for Health Improvement (CHI), som arbetar med strategier för att genomföra NHS-prioriteringarna och utarbetande av riktlinjer för olika vårdområden i syfte att höja kvaliteten i vården. De nationella standarderna utformas för en definierad sjukvårdstjänst eller patientgrupp och skall ha formulerade mål för att mäta utveckling. NHS Modernisation Agency samarbetar med trusterna för att genomföra effektiviseringar av vården och har under en treårsperiod en budget om 30 miljoner pund för detta arbete. Ett annat viktigt organ är National Institute for Clinical Excellence (NICE) som arbetar med standards för klinisk verksamhet och kvalitetsvärdering. NICE har bl.a. utarbetat ett system för kvalitetsbedömning av sjukhus. Bedömningen sammanfattades i 0-3 stjärnor. CHI har nu tagit över ansvaret för verksamhetsrevisionen och utveckling av indikatorer inom ramen för ett "star rating"-system. CHI genomför under detta år verksamhetsrevision också av primärvårdstrusterna.

Med trustsystemet har de tidigare skillnaderna mellan vårdnivåer förändrats och det finns ännu ingen tydlig regional organisation för

den samordnade högspecialiserade vården. Den pågående utvecklingen inom NHS syftar dock till en organisation där primärvårds-trusterna etablerar "specialist commissioning groups" för högspecialiserad vårdservice för områden med ca 1 miljon invånare samt motsvarande grupper inriktade på funktioner som kan behöva ett befolkningsunderlag om 5-10 miljoner invånare.

Rikssjukvårdens organisation ligger oförändrat kvar i den nya organisationen. Den styrs centralt av ministeriet och hade 2001/2002 en budget på 104,5 miljoner pund. Beredningen och den vetenskapliga bedömningen sker inom en särskild kommitté "National Specialist Advisory Group" och dess särskilda sekretariat. Det som beslutats upptas som riksspecialiteter finansieras sedan via den särskilda budgeten för rikssjukvård. Nya riksspecialiteter prövas via en vetenskaplig granskning men styrs också av tillgängligt ekonomiskt utrymme. En verksamhet kan i vissa fall klassificeras som riksspecialitet utanför den särskilda finansieringen. Det kan också förekomma att riksverksamhet finansieras under en utvärderingsperiod som föregår det slutliga beslutet. Det är mycket eftertraktat att bli riksspecialitet inte minst då de klinikerna får en stabil finansiering och inte behöver dras in i prioriteringarna inom sitt hemmasjukhus.

Storbritanniens rikslista liknar mycket den svenska där finns både de investeringstunga spetsfunktionerna som transplantationer och mer sällsynta sjukdomarna som amyloidosis. Antalet riksfunktioner är betydligt färre än i Sverige, f.n. 30 att jämföra med Vårdkatalogens 74 verksamhetsområden. Den rådgivande expertkommittén svarar för att en noggrann utvärdering av evidens sker innan någon sjukdom/behandling tas upp som rikssjukvård. En riktlinje är att det är önskvärt att en rikssjukvårdsspecialitet finnas på mer än ett ställe i landet. Detta för att minska sårbarhet och knytning till en enskild läkare. I Storbritanniens rikslista finns dock flera verksamheter som endast finns på ett ställe. Verksamheten kan i vissa delar endast omfatta avancerad diagnostik av en sällsynt sjukdom, medan behandlingsinsatserna sker på mera lokal nivå. Följande verksamheter ingår:

- Amyloidosis (diagnostik)
- Anorektal rekonstruktionskirurgi
- Bortopererande av urinblåsa
- Hjärt-lung transplantation
- Viss typ av gynekologisk cancer
- Kraniofacial kirurgi

- Avancerad behandling vid svår Parkinsons sjukdom
- Protesanpassning vid primära skelettcancer
- Tunntarmstransplantation
- Extra-corporeal membran oxygenation (EMCO) för vuxna
- Gaucher´s sjukdom, diagnostik och rådgivning
- Human T-cell Lymphoma Virus (HTLV)
- Levertransplantationer
- Psykiatrisk vård av döva barn och ungdomar
- Ögoncancer
- Avancerade personlighetsstörningar
- Pseudomyxom i bukhinnan
- Pulmonell hypertension
- Avancerad lungkärtskirurgi
- Sällsynta neuromuskulära sjukdomar
- Rekonstruktiv kirurgi för ungdomar med medfödda missbildningar av könsorganen
- Retinoblastom
- Allvarliga kombinerade immunbristsjukdomar och angränsade problem (SCIDS)
- Tunntarmstransplantation
- Specialiserad ögonpatologi
- Speciella leversjukdomar hos barn
- Stamcellstransplantationer för barn med reumatoid artrit
- Mekaniskt hjärta (assisterad hjärtfunktion) för barn och vuxna

Det är oklart huruvida systemet resulterar i att motsvarande intervention också inte görs också på andra kliniker än de som finns med på rikslistan. Sannolikt förekommer en något vidare spridning.

10 Samband mellan volymer och kvalitet i sjukvård

Bakgrund

En allmänt accepterad princip är att en koncentration av vissa behandlingar är nödvändig. Då avses som regel medicinska åtgärder som kräver betydande investeringar i kompetens och teknisk utrustning eller åtgärder som är mycket lågfrekventa och där särskild kompetens endast finns på ett eller ett par ställen i landet.

Koncentration av mycket resurskrävande behandlingar är relativt okontroversiellt. Hjärt-, lung- eller levertransplantationer som är beroende av ett större team samt pre- och postoperativa specialiserade insatser kan här tjäna som exempel på sådan verksamhet.

För vissa sällsynta sjukdomar t.ex. merparten av riksspecialiteterna är kvalitetsindikatorn helt avgörande. Det finns bara någon eller några få experter på en viss behandling eller ett team har specialiserat sig på att ta hand om en grupp av patienter som har en mer komplicerad sjukdomsbild. Detta gäller i dag t.ex. små och sällsynta handikappgrupper där behoven av specialanpassad behandling är stora men patienterna sällan förekommande i den löpande vården.

I begreppet kvalitetssäkring kan ingå olika element. Det finns bredare definitioner som inkluderar aspekter som: tillgänglighet, jämlikhet, samhällsrelevans, social acceptans, effektivitet, kostnadseffektivitet samt ekonomi. Andra definitioner kan inkludera en hög grad av professionell kompetens, effektivitet i resursanvändning, minimal risk för patienten, patientens tillfredställelse samt medicinskt resultat. I en något snävare definition tas med: effektiv och adekvat vård, effektiv resursanvändning samt patientens tillfredställelse och medicinskt resultat.

Inom läkarprofessionen förekommer ofta diskussioner om att vissa behandlingar bör koncentreras till särskilda enheter eller till ett fåtal läkare per enhet. Detta för att upprätthålla en god kvalitet.

En sådan debatt har förts i Sverige vad gäller olika typer av kirurgi t.ex., ändtarmscancer.

Det har i Sverige inte genomförts någon systematisk analys av sambanden mellan verksamhetsvolymer och kvalitet. Då vår uppfattning är att detta är en synnerligen central analys vid beslut om koncentration av sjukvård till riks- eller regionnivå har vi genomfört en studie av tillgängliga vetenskapliga artiklar i området. Vi har redan berört de positiva effekterna av koncentrationen av barnhjärtkirurgi till två enheter.

Kvalitetsregister

Även om en kvalitetsbedömning sker i samband med upptagande av en specialitet i Vårdkatalogen finns dock inte genomfört en systematisk löpande kvalitetsregistrering och kvalitetsrapportering. Några av de s.k. riksspecialiteterna ingår i de nationella kvalitetsregistren. Exempel är hjärtkirurgi, barnhjärtkirurgi, vuxna med medfödda hjärtfel (GUCH).

Utvärdering av medicinsk metodik

I utvärdering av medicinska metoder ingår naturligtvis bedömning av säkerhet, kostnadseffektivitet och resultat. Utvärderingarna går mer sällan in på slutsatser som rör organisatoriska konsekvenser. Indirekt torde ändå utvärderingar av olika medicinska teknologier påverka organisationen av behandlingar inkl. investeringar i dyrbar teknik.

Dokumentation i litteraturen

I den internationella litteraturen finns en stor mängd vetenskapliga studier som tydligt pekar på ett samband mellan volym och bättre medicinskt resultat (som regel mätt i 30-dagarsmortalitet). De litteraturundersökningar som genomförts vid olika tidpunkter kommer också fram till att sammantaget finns ett klart samband mellan volym och resultat. Detta gäller särskilt inom kirurgin.

I rapporten European Health Care Reform, WHO, 1997, sägs att evidensen ökar för att sjukhus och läkare som producerar stora volymer av vissa behandlingar får bättre resultat än de som arbetar i mindre skala. Volymens betydelse sägs vara mer tydligt påvisad för

sjukhus än för enskilda läkare. Samtidigt anges att det inte är klarlagt vilka faktorer som är avgörande för de samband man kan dokumentera mellan volym och medicinskt resultat.

I rapporten pekas på att det också kan finnas negativa sidor av koncentration till några större enheter. En sådan faktor kan vara att avståndet gör att vissa patienter avstår från att söka vård. Med den regionala strukturen som Sverige och en rad andra länder har anses avståndsfaktorn kunna kompenseras med att det finns väl fungerande samarbetsstrukturer eller satellitcentra med knytningar till regionkliniken.

En expertgrupp inom Senter for Medisinsk Metodevurdering har i en rapport 2001 "Pasientvolum og behandlingskvalitet" redovisat resultaten av en internationell litteraturgenomgång. Expertgruppen fann att dokumentationen är bäst för kirurgiska behandlingar av cancersjukdomar, hjärt-kärlsjukdomar och vissa hjärtsjukdomar. Studierna som huvudsakligen är amerikanska visar för dessa diagnoser på bättre överlevnad eller mindre komplikationer när ingreppen utförs vid sjukhus som har en större volym. Expertgruppen anser att inget motsäger att resultaten kan överföras till norska förhållanden.

En större studie i USA "Hospital Volume and Surgical Mortality in the United State"s publicerades 2002. (Källa New England Journal of Medicine, 11 April 2002). Studien omfattade totalt 2,5 miljoner ingrepp som skett inom ramen för MEDICARE. Sex olika kardiovaskulära ingrepp och åtta cancerkirurgiska ingrepp har studerats under perioden 1994-1999. Studien visar att mortaliteten sjönk när mängden operationer ökade för samtliga 14 studerade kirurgiska ingrepp. Skillnaderna mellan sjukhus med hög resp. låg volym varierade med typ av ingrepp.

En rad andra studier pekar på samma resultat, t.ex. vad gäller lungcancer, prostatacancer, akut hjärtinfarkt och ingrepp i kroppspulsåderns nedre del¹.

Samtidigt finns ett mindre antal studier som visar att sjukhusets storlek eller antal behandlingar inte är utslagsgivande för alla diagnoser eller att de inte är tillräckligt kontrollerade vad gäller klassificeringen av patienterna.

I en artikel av John Posnett som ingår i publikationen Hospitals in a changing Europe, European Observatory on Health Care Systems/WHO, 2002, hänvisas till en systematisk genomgång (Sowden et al. 1997). Enligt Sowdens studie försvinner de signifikanta

¹ (källor: N. Engl. Med, 11 april 2002, 27 maj 1999, J. Vasc. Surg, maj 2003).

skillnaderna eller reduceras betydligt när man gör fördjupade fallstudier inkl riskbedömning, fördelning på ålder, kön etc. Definitionerna av vad som är hög resp. låg volym sägs också vara ett problem. Sowden varnar för att det kan vara missledande att enbart stödja sig på mängden av studier som visat på bättre resultat vid högre volymer.

De flesta studierna har enbart studerat sjukhusvolymer och inte antal ingrepp per läkare. I rapporten "Hospitals in a changing Europe" från European Observatory on Health Care Systems/WHO, 2002 redovisas att av 16 studier som gjorts för volym per läkare så fann nio ingen signifikant skillnad, sex visade på ett bättre resultat vid högre antal ingrepp, medan en visade att läkare som gjorde mer än 200 cataract-operationer på ett år hade högre grad av komplikationer. I rapporten redovisas också fyra studier som studerat både sjukhusstorlek och läkarvolym. Dessa fyra studier har rapporterat om signifikant samband mellan volym och sjukhusstorlek men att samma samband inte har kunnat dokumenteras för individuella läkare. Studierna rörde hjärtkaterisering, ingrepp mot pulsåderbräck i buken (två studier) samt galloperation.

Information ger resultatförbättringar

I studierna diskuteras också att publicerad jämförande information ofta förbättrar kvaliteten på olika kliniker. Det finns också diskussion om möjlig negativa effekter av en koncentration. T.ex. att prisnivån kan läggas högre vid en koncentration samt att de små sjukhusen får sämre möjlighet att knyta till sig t ex hjärtspecialister.

Svenska studier

SBU gjorde 1990 en litteraturgenomgång i frågan om volym och behandlingsresultat inom området transplantationskirurgi. Rapporten, som skrivits av David Banta, Tore Schersten och Ingvar Karlberg, har inte publicerats. Data är hämtade från studier i andra länder.

Huvudslutsatsen är att ett flertal faktorer talar emot transplantationer vid små institutioner. Normtal för önskvärt antal transplantationer per år kan dock inte sättas och inte heller miniminivåer

kan anges. Viss grad av centralisering och regionalisering av transplantationscentra bör uppmuntras.

På uppdrag av Landstingsförbundet presenterade en utredningsgrupp 1995 en rapport "Är stora sjukhus bättre än små?". Rapporten behandlade behandlingsresultat vid kirurgiska ingrepp. Utredningsgruppen ansåg att genomgången av ca 100 artiklar i den vetenskapliga litteraturen visade att det inte finns någon enkel koppling mellan kirurgisk behandlingskvalitet och storlek/centralisering. Granskningen av olika svenska register och publikationer inom det kirurgiska behandlingsområdet genomfördes också. I den absoluta majoritet av behandlingar fanns inga tecken på att de skillnaderna i resultat (som fanns) kunde hänföras till en viss typ av sjukhus. Källa: Läkartidningen, nr 40, 1995.

I den internationella litteraturen finns också ett antal artiklar som hävdar att mortaliteten vid kirurgi vid ändtarmscancer minskar med antalet ingrepp. Denna hypotes hade bl.a. funnits med vid upprättandet av det nationella kvalitetsregistret för ändtarmscancer. I Socialstyrelsens rapport om nationella kvalitetsregister 1999 sägs dock bekräftande detta register att inga kvalitetskillnader har kunnat dokumenteras mellan de olika regionala enheterna.

En nyligen publicerad studie om ettårsöverlevnad för patienter med akut hjärtinfarkt (Stenstrand och Wallentin, Riks-HIA-rapport 2002) visar att det inte fanns någon korrelation mellan sjukhusstorlek och behandlingsrutiner. De flesta sjukhus tillämpar samma behandlingsregimer när det finns klar evidens. När kunskaperna är nya, osäkra eller där det finns skillnader i tillgänglighet förekommer stora variationer. En mindre aktiv terapi är relaterad till högre dödlighet.

Volym som indikator i reglering, planering och styrning

Vid planeringen av olika specialitetens lokalisering och dimension görs naturligtvis en bedömning av behov och efterfrågan. De klassiska nyckeltalen för dimensionering har varit antal vårdplatser, intagningar, vård dagar och besök. Uppfattningar om volymtal som indikator för medicinsk säkerhet och kvalitet finns inom de olika medicinska specialiteterna. De kommer dock mer sällan till uttryck i planerings- och/eller regleringsinstrument.

Vid en snabb genomgång av ett par länders centrala reglering eller riktlinjer för specialiserad vård kan man hitta några exempel där det anges kvalitativa volymtal för olika medicinska områden.

Danmark

I de danska riktlinjerna för planering av specialiserad vård ges riktlinjer för behandlingsnivåer för olika tillstånd inom de olika specialitetsområdena. Vägledning ges för nivåfördelningen mellan basnivån och landsdels och landsnivån. För lands- eller landsdelsnivån redovisas antingen vid vilka sjukhus som specialiteten finns eller så anges sammanlagda prevalenstal för de olika huvuddiagnoserna. Relativt ingående anges också vilka indikationer, resurser och kompetenser som krävs för de olika diagnosernas behandling på de olika nivåerna av specialistvård (läns- landdels, landsnivå). I några fall anges även kvantifieringar av volymer, exempelvis att behandling av förträngning i halspulsådern endast bör utföras på avdelningar som gör mer än 25 ingrepp per år.

I den finska förordningen om riks- och regionsjukvård anges, i tillägg till de övergripande principerna, också volymtal för koncentration av behandling av kranskärl med ballongdilatationer och operationer som gäller konstgjorda höft- och knäleder.

I Storbritannien har en analys gjorts av hur trusternas verksamhet förhåller sig till rekommenderade tröskelvärden för vissa typer av behandlingar. Man har då bl.a. konstaterat att för flera av dessa har många sjukhustruster för låga volymer i förhållande till de angivna tröskelvärdena. Källa: "Concentration and choice in the Provision of Hospital Services, Summary Report to NHS Executive," B Ferguson, T Sheldon and J Posnett, oktober 1996.

Även om det finns ett mycket stort antal amerikanska studier om sambandet mellan volym och medicinskt resultat så har förhållandevis lite ännu hänt i USA när det gäller att koncentrera vissa ingrepp till större enheter. En stor aktör, Leapfrog Group, som består av 80 allmänna och privata försäkringsköpare och som sammanlagt försäkrar 25 miljoner personer, rekommenderar dock för vissa verksamheter att man skall välja sjukhus som utför behandlingar över vissa miniminivåer, t.ex. minst 400 PCI (PTCA) ingrepp per år. (Källa: N. Engl. Journal of Medicine, 11 april 2002).

Samband volymkvalitet i pågående svenska aktiviteter

Enligt uppgift från Socialstyrelsen så finns vissa volymbedömningar i de expertrapporter som utarbetats inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer. I riktlinjerna har dock hittills inte ingått rekommenderade volymtal.

När det gäller de svenska kvalitetsregistren som är under uppbyggnad, finns förhoppningar om att erhålla ett säkrare underlag kring den komplexa frågan om eventuella samband mellan verksamhetens volym och dess kvalitet. En förfrågan till registeransvariga visar på stora möjligheter framledes att erhålla värdefull information. För 10 av 36 kvalitetsregister anser registeransvariga att ett samband mellan volym och kvalitet finns, medan 8 uppger att registren ännu ej har den omfattningen att några slutsatser kan dras. För 16 av kvalitetsregistren menar sig registeransvariga ej kunna se ett samband mellan volymer och de kvalitetsindikatorer som registret omfattar.

2 register är ej uppbyggda på sådant sätt att frågan om eventuell samband mellan volym och kvalitet kan besvaras. I takt med att registerdata i de svenska kvalitetsregistren ökar över tid, bör denna typ av analyser kunna ge viktig information, som påverkar sjukvårdens struktur, och det framstår som en angelägen uppgift att denna typ av analyser sker.

Slutsatser

Vi är väl medvetna om riskerna för felaktiga slutsatser när undersökningsresultat från andra länder överförs till Sverige och nöjer oss därför med att konstatera att volymfaktorn tillmäts stor betydelse i andra länder men i stort inte är behandlad i Sverige. Vi utgår också från, bl.a. på grundval av vår rundfråga till kvalitetsregistren, att det finns samband mellan volymer och vårdkvalitet även i Sverige. Detta torde dock inte gälla generellt men för vissa specialiteter eller vissa aktiviteter inom en specialitet. Samtidigt är det angeläget att mera kunskap ackumuleras kring dessa frågor, inför ställningstaganden kring vilka verksamheter som bör hanteras på riksnivån. Motsvarande data har även stor betydelse vid diskussioner om gränslinjer mellan regionvård och länssjukvård samt som underlag för överväganden kring den landstingsinterna sjukhusstrukturen.

11 Personalförsörjning

Socialstyrelsen har i rapporten NPS 2003 - Hälso- och sjukvårdens tillgång på läkare och sjuksköterskor samt en problematisering av respektive grupps arbetsmarknad analyserat tillgången på kvalificerad personal i hälso- och sjukvården. Rapporten visar att personaltätheten av läkare och sjuksköterskor i Sverige ligger nära andra europeiska länder. Det är små skillnader inom Sveriges sex sjukvårdsregioner, utom för Stockholmsregionen som har högst läkartäthet. I rapporten redovisas den långsiktiga bedömningen att tillgången på sköterskor kommer att förbättras under den kommande 20 års perioden. Tillgången på läkare kommer enligt rapporten vara stabil till 2010 för att därefter försämrans och år 2020 närma sig 1995 års nivå.

När det gäller högspecialiserad personal kan dock ett antal konsekvenser förutses. Till stora delar har regionsjukhusen likartad situation jämfört med andra delar av sjukvården vad gäller personalförsörjning av vårdyrkesutbildad personal, men har även fördelar av att regionsjukhusen finns på stora utbildningsorter, och där givetvis närhet till läkarutbildning och annan vårdutbildning har betydelse för personalförsörjningen. En organisation med utpräglad forskningsinriktning har även det positiv betydelse ur rekryteringsynpunkt.

Flera av de medicinska specialiteterna återfinnes endast vid regionsjukhusen. Inom kirurgiska verksamheter finns thoraxkirurgi, neurokirurgi, handkirurgi, plastikkirurgi, gynekologisk onkologi, foniatri och audiologi, medan inom de invärtesmedicinska specialiteterna enbart är yrkes- och miljömedicin som delvis kan betraktas som regionspecialitet. Även inom laboratoriespecialiteterna finns flera specialiteter av regionkaraktär, varav transfusionsmedicin, klinisk farmakologi, klinisk neurofysiologi och klinisk genetik kan anges som exempel.

Situationen inom några specialiteter med nära koppling till den högspecialiserade vården kan illustreras nedan:

Specialitet	Antal under utbildning t.o.m. 2007	Antal specialister totalt	Antal specialister > 55 år
Thoraxkirurgi	20	116	24
Neurokirurgi	18	99	26
Plastikkirurgi	17	95	30
Handkirurgi	12	59	16
Klinisk neurofysiologi	8	41	12

Baserat på dessa data, och med hänsyn till att kartläggningen kring ST-tjänsterna enbart omfattar en 4-årsperiod fram till år 2007 synes tillgång på specialister under denna period vara tillfredsställande.

Inom läkarkåren finns en ojämn åldersfördelning som under vissa tidsperioder kommer att leda till problem när erfarna specialister skall ersättas.

Den högspecialiserade sjukvården framförallt inom de kirurgiska specialiteterna ställer dock avsevärt högre krav än enbart specialistkompetens inom flera av de vårddyrkeskategorier som deltar i specialiserade team inom den högspecialiserade vården finns förvärvad kompetens som sträcker sig avsevärt längre än grund- och specialistutbildning, och detta gäller både för regionvård och rikssjukvård, sålunda krävs av naturliga skäl en avsevärd specialiseringsgrad. Detta gäller inte enbart de inledningsvis nämnda regionspecialiteterna utan även övriga medicinska specialiteter inom den högspecialiserade verksamheten

11.1 Sårbarhet

Inom den högspecialiserade vården och framförallt inom riksvården finns ett avsevärt sårbarhetsproblem. En del av Vårdkatalogens verksamheter bygger på kompetens hos en eller ett fåtal personer. Inom regionvården är även vissa specialiteter och verksamheter så begränsade att numerären läkare och/eller andra specialister från andra vårddyrken är liten, vilket ger motsvarande sårbarhet, tydligast märkbar för regionsjukhus med begränsat patientunderlag.

En väg att lösa denna typ av sårbarhet, och därmed i viss mån kompensera för de skillnader i verksamhetsvolym som finns på

de olika regionsjukhusen, kan vara en samverkan mellan regionsjukhusen, och där kompetens "lånas" mellan regionsjukhusen, exempelvis via långsiktiga samarbetsavtal.

11.2 Rekryterings och kompetensutvecklingsansvar

Rekryterings och kompetensutvecklingsansvaret ligger för personalen ligger på sjukvårdshuvudmännen. Det är också här långsiktiga bedömningar om personalbehov och rekryteringsläge måste göras. Socialstyrelsens projekt om Nationellt Planeringsstöd för läkare och sjuksköterskor tillhandahåller som viktig bas data om situationen per medicinsk specialitet och avser även kartlägga motsvarande förhållanden inom sjuksköterskornas grundutbildning och specialistutbildningar. Resultaten bearbetas på sjukvårdsregional nivå, och inte minst för regionsjukhusen och dess ägare kommer viktiga basdata att vara tillgängliga även för de specialiteter som enbart finns på regionsjukhusen.

12 Framtiden

Mot målet för projektets arbete – ”Att den svenska hälso- och sjukvården även fortsättningsvis skall tillhandhålla högspecialiserad vård och kunskapsutveckling i världsklass”, har projektet prövat framtidsfrågor att väga förslagen mot. Vi har medvetet avstått att göra djupdykningar inom teknik eller forskning då denna typ av spekulationer vanligtvis inte är funktionella.

12.1 Befolkningsutvecklingen

Tidsperioden fram till år 2025 kommer att kännetecknas av en förskjutning av ålderspyramiden mot en allt äldre befolkning²¹. Enligt SCB:s befolkningsprognoser kommer utvecklingen se ut ungefär så här

ÅR	Total	Antal 55+	Andel av befolkningen över 55 år
2001	8 909 000	2 609 000	29,3 %
2015	9 335 000	3 040 000	32,6 %
2025	9 655 000	3 375 000	35,0 %

Vi fokuserar här på andelen över 55 år då det är den ålder då ett flertal åldersanknutna sjukdomstillstånd brukar debutera.

Ökningen av andelen äldre kommer att medföra ökade krav på sjukvården i form av ökad andel åldersrelaterade sjukdomar samt ökad andel kroniska åkommor.

²¹ För ett resonemang om befolkningsprognoser och antalet äldre se: Kommer det att finnas en hjälpande hand, Bilaga 8 till LÜ 1999/2000

12.2 Medicinsk teknisk utveckling

Vi utgår också från att man under den närmaste 20 års perioden kommer nå fortsatta framgångar i diagnostik och behandlingar av sjukdomstillstånd. Vi utgår från att denna utveckling kommer att innebära framgångar när det gäller att lindra och minska smärta och lidande. Samtidigt kommer också behandlingen av livshotande tillstånd att effektiviseras med en förlängd överlevnad som följd. I konsekvens av detta kommer den andel av befolkningen som är att se som insjuknade och i behov av behandling för fortsatt överlevnad att öka. Det ökade kunskapsdjupet om sjukdomar och dess orsaker kan också ställa krav på ökat antal specialister för att behandling av sällsynta sjukdomstillstånd skall kunna erbjudas.

Vi kan också konstatera att det inom flera diagnosområden i dag också förefaller finnas en ökande insjuknande. Vi vill särskilt lyfta fram diagnoser relaterade till fetma samt den ökande andelen alkoholskador. Det är sannolikt att denna trend mot ökande välfärdsinducerade sjukdomar kommer att fortsätta.

Det är svårt att bedöma konsekvenserna för sjukvården av den biomedicinska utvecklingen. Vi utgår dock ifrån att genombrott även framdeles kommer att ske som ger minskad belastning på den slutna vården samtidigt som de sannolikt också kommer att möjliggöra behandlingar för nya patientgrupper. Ett exempel är tillkomsten av nya endoprotiser, försedda med bioaktiva material inklusive läkemedel. Utvecklingen inom området har varit mycket snabb, och bedöms fortsätta. Detta har lett till enklare behandlingsinsatser och förbättrat behandlingsresultat, men även till en kraftig ökad kostnad för sjukvården. Ett annat exempel är tillkomsten av nya, alltmer selektiva och därmed effektiva läkemedel som möjliggör en individualiserad läkemedelsterapi, men där kostnaderna för dessa läkemedel är väsentligt högre än tidigare använda läkemedel. Mycket talar för att den biomedicinska utvecklingen innebär ytterligare förbättrade diagnostiska och behandlingsmässiga möjligheter men till allt högre kostnader. Det är även troligt att den tekniska utvecklingen kommer att ställa mycket stora krav på investeringar i ny

teknik och ny utrustning, både i fråga om diagnostik och när det gäller utrustning som är specifik för behandling av speciella sjukdomstillstånd.

Förutom ovan nämnda möjligheter till minskad belastning på den slutna vården till följd av ny teknik, som till vissa delar kan lindra kostnadsutvecklingen, bedömer vi utvecklingen inom IT att ha stor betydelse för sjukvården och bl.a. möjliggöra nya former av vård på distans.

Nya genombrott i fråga om behandlingar kommer att leda till att den andel av befolkningen som är i behov av livsuppehållande behandling ökar samtidigt som nya sjukdomstillstånd kan komma att öka vårdbehov.

Det tekniska utvecklingen kommer att underlätta behandlingen och minska vårdtiderna samtidigt kommer de investeringar som behövs för att vården skall vara uppdaterad och modern bli stora belastningar för samhället.

12.3 Internationellt samarbete

I avsnitt 8 redovisas olika typer av gränsöverskridande vård och en diskussion förs om den framtida utvecklingen. Att det finns ett ökat intresse och en potential för internationellt samarbete om högspecialiserad vård illustreras bl.a. av diskussionen inom EU om möjligheterna att samarbeta kring europeiska referenscentra för sällsynta diagnoser och behandlingar som kräver särskild specialistkunskap, vissa behandlingsvolymmer eller dyrbar utrustning. De olika samarbetsprojekten i Öresundsregionen har också inslag av nytänkande i det konkreta samarbetet.

Det är av stor vikt att eventuella utvecklingsinsatser inom det internationella vårdområdet beaktar kvalitetsaspekterna. Det är också av fundamental betydelse att patienternas säkerhet garanteras så att, i den mån ett system för ökat internationellt samarbete etableras, frågor som patientförsäkring och åtaganden vid eventuella skador är reglerat. Patientsäkerheten och system som

dokumenterar kvaliteten hos vårdgivarna är därför centrala förutsättningar för att kunna gå vidare på denna linje.

Ett ökat utbyte av vård med andra länder kommer att ställa höga krav på evidensbaserad och dokumentation av kvalitet. Detta är viktigt både för att garantera säkerheten för patienter som vårdas i andra länder och för att erbjuda högspecialiserad vård av hög internationell kvalitet till patienter från andra länder.

12.4 Konsekvenser

Ekonomisk utveckling

En tydlig konsekvens av de tre antaganden ovan är att den ekonomiska belastningen på sjukvårdshuvudmännen kommer att öka. Landstingens ekonomi är redan i dag i obalans i flertalet län. Med stor sannolikhet kommer sjukvården att behöva en ökande andel av samhällets resurser. Samtidigt är det av vikt att initiativ tas för att effektivisera och skapa goda förutsättningar för en långsiktig utveckling inom vården. Den åldersförskjutning som beskrivits i det föregående kommer att leda till ytterligare ekonomiskt tryck på vården.

Kostnaderna för sjukvården kommer att öka på grund av nya behandlingsformer och behandlingsmöjligheter. Möjligheterna till effektivisering av vården måste tas tillvara när det gäller alla former av vård.

Personalförsörjning

I detta sammanhang, och med fokus på hela hälso- och sjukvården, har även personalförsörjningsfrågorna getts en berättigad prioritet, både i perspektiv av de stora pensionsavgångar som förestår för ett stort antal av vårdens anställda under den närmaste 10-årsperioden, men även utifrån de behov som den de-

mografiska omfördelningen beräknas ge. Inom den högspecialiserade vården har tidigare påpekats behoven av kontinuitet och utveckling av kompetens för de smala kompetensområden som framförallt finns inom rikssjukvården.

Det finns en risk för kompetensbrist inom vårdprofessionerna både genom pensionsavgångar och genom den utveckling av behandlingsformer och diagnostik som vi kan förutse.

Ansvarsfördelningen

Mot bakgrund av de förändringar som beskrivits i det föregående bör ansvarsförhållanden vara så utformade att de ger en maximal flexibilitet för att möta de situationer som kan förutses. Då vårt uppdrag enbart omfattar den högspecialiserade vården omfattar analyserna inte länssjukvården. Vi ser dock att de nya möjligheter som finns, och som sannolikt kan förväntas öka, till behandling av mer lågfrekventa sjukdomstillstånd skapar behov av samordning inom riket. Det finns också anledning att understryka vikten av flexibilitet i systemen. Genom den utveckling som sker kan förutsättningarna att behandla olika tillstånd förändras. Detta gäller såväl behov av koncentration av specifika nya behandlingar som möjligheterna att föra ut metoder till en lägre vårdnivå. Gränserna mellan det som idag benämnes högspecialiserad vård och vård vid länssjukhusen är som tidigare framhållits ej skarpa, och dessa gränser bedömes i framtiden ytterligare suddas ut, vilket förstärker kraven på organisatoriska lösningar som inte försvårar en optimal vårdkedja för den enskilde patienten och en kostnadseffektiv vård.

Det finns ett behov av en struktur som underlättar styrning och dimensionering av verksamheter mellan dagens kategorier länssjukvård, regionsjukvård och rikssjukvård.

13 Slutsatser

En sammanfattande bedömning är att de utmaningar som svensk sjukvård står inför kommer att kunna hanteras effektivt av landstingen som ansvariga sjukvårdshuvudmän. För att underlätta den process av omställning och omprövning som behövs för att fortlöpande kunna ge medborgarna tillgång till en sjukvård av högsta kvalitet krävs vissa strukturella förändringar. Vi ser att detta gäller inom tre huvudsakliga områden: vårdkvalitet, regional organisation och sjukvårdens styrning.

Vårdkvalitet

I dag är det inte möjligt att jämföra kvaliteten vid två skilda vårdinrättningar. Trots ett flertal kvalitetsregister och en stor mängd offentlig statistik så är inte enkla och tydliga jämförelser möjliga.

Vi har också konstaterat att den högspecialiserade sjukvården på vissa enheter endast upprätthålls av ett litet antal specialister med påtagliga risker för sårbarhet som konsekvens.

En fortsatt utveckling av en säker och kostnadseffektiv vård av hög kvalitet kräver också ett ökat fokus på förutsättningarna för den kliniska forskningen.

Vi har i avsnitt 10 redogjort för den koppling mellan volym och kvalitet som finns i andra länder. Väl medvetna om svårigheterna att överföra resultat från andra länder till Svenska förhållanden så utgår vi ändå från att dessa samband måste finnas även i svensk sjukvård. Detta är inte beaktat i svensk sjukvårdsorganisation.

Möjligheterna att behandla nya sjukdomar med små patientgrupper kommer sannolikt att öka inom de närmaste åren. I vissa fall kommer de medicinska metoderna föras ut i vårdkedjan i andra fall kommer den att vara komplicerad och ställa krav på speciell utrustning eller kompetens. I dag finns ingen instans som

kan ta initiativ till en dialog med enskilda landsting om att ta initiativ riktade till hela riket som upptagningsområde. Det finns i dag ingen som aktivt vakar över att tillgängliga behandlingsmetoder står till patienternas förfogande också i de fall de berör få personer och kräver speciell kompetens.

Regional organisation

Arbetet i hälso- och sjukvårdsregionerna är avgörande för att kunna upprätthålla smidiga vårdkedjor där de akuta och de flesta planerade högspecialiserade behandlingar finns tillgängliga inom rimliga avstånd – vid regionsjukhuset eller i länssjukvården med stöd i en medicinsk regionsamverkan. Såväl patienterna som hälso- och sjukvårdspersonalen har intresse av att nätverken inom regionen fungerar väl så att rätt vård i rätt tid kan erbjudas.

Enstaka, mycket dyra vårdinsatser kan ge stora kostnader som är svåra att påverka för ett enskilt landsting vilket understryker vikten av samverkan i regionerna och på riksnivå. Regionerna är olika stora – befolkningsmässigt och geografiskt – vilket ger något olika förutsättningar för vilken bredd av högspecialiserade funktioner som kan upprätthållas inom varje region.

Sverige är för litet för att alla regioner samtidigt skall kunna utveckla och vidmakthålla alla spetsfunktioner där patientunderlaget är mycket litet. Detta gäller såväl kompetensmässigt som ekonomiskt. En profilering inom landet för tillhandahållandet av vissa subspecialiteter är därför nödvändigt. I vissa enstaka fall kan t.o.m. behöva replieras på vårdgivare i andra länder.

Den snabba medicinska utvecklingen, som ofta involverar mer FoU och avancerad teknologi, understryker behoven av både koncentration och spridning av medicinska metoder. Detta accentuerar också betydelsen av region och riksnivåerna som arenor för samverkan.

Patientsäkerheten kräver en väl fungerande och medicinsk adekvat transportorganisation så utrustad att den ger förutsättningar för bästa möjliga vårdinsats. Centralt är att också ge organisationen förutsättningar att agera rikstäckande när behov för detta finns.

Sjukvårdens styrning

Det saknas i dag tydliga och hållfasta processer för beslut om koncentration av en verksamhet till ett mindre antal enheter i syfte att uppnå högre volym, säkerställa personalförsörjning eller förbättra förutsättningarna för den kliniska forskningen. Sådana behov kan finnas på flera ställen i vårdkedjan. Även motsvarande situation kan uppstå där en aktivitet kan behöva föras ut i vårdkedjan så att dess tillgänglighet ökar.

Det finns ibland särskilda skäl för att en vårdaktivitet styrs till en särskild enhet. Detta var t.ex. fallet med IVF behandling (ägg- och spermiedonation) som flera remissinstanser ville styra till enheter med goda möjligheter till tillförlitlig kontroll, uppföljning och utvärdering. Regeringen förordade därför (prop. 2001/02:89, avsnitt 6.4.4) att IVF behandling som kommer från annan än maka eller sambo endast skulle ges vid universitetssjukhus. Det är troligt att staten även framdeles kommer att se ett behov av att viss nyskapande verksamhet styrs till en utpekad enhet. Sådan möjlighet saknas i dag.

Vårdkatalogen är inrättad för att förmedla information om högspecialiserad vård av rikskaraktär vad gäller förekomst, kostnader och kvalitet. I dag används den endast i begränsad omfattning som ett styrinstrument, men har betydelse som informationsbärare om behandlingar av små och sällsynta sjukdomstillstånd.

Möjligheterna till kostnadsjämförelser mellan sjukhus är begränsade. Skriften vad kostar verksamheten i din kommun (Svenska kommunförbundet) saknar motsvarighet på landstingssidan. Härigenom har man inte tillvaratagit den möjlighet till effektivisering som ligger i ett aktivt jämförande av kostnader för likvärdiga prestationer. Med tanke på de möjligheter som ligger i att standardisera nyckeltalsserier och att på grundval av dessa få underlag för beslut om lokalisering försummas en viktig källa till styrning.

I dag finns inte någon huvudman med möjlighet att ansvara för investeringstunga riksprojekt, dvs. projekt som är omfattande och förknippade med ekonomisk risk. Ett exempel på detta är det arbete som bedrivits av en svensk nationell expertgrupp som har arbetat för att etablera ett nationellt svenskt protonterapicentrum (SPTC - projektet). Projektet har beräknat att en nationell anläggning beräknas kosta ca 580 miljoner Skr i total investering. Svårigheten ligger i att ett enskilt landsting inte ensamt kan ta

ansvar för investeringen. I detta fall kommer det att finnas kommersiella alternativ i Tyskland som i längden sannlikt blir dyrare än en egen anläggning.

14 Förslag

14.1 Utgångspunkter

Vi vill skapa goda förutsättningar för en dynamisk utveckling av högspecialiserad sjukvård i Sverige där nya behandlingsformer och behandlingsmöjligheter kontinuerligt görs tillgängliga för svenska patienter. Vi vill också skapa förutsättningar för att den högspecialiserade vården skall förbli en central motor såväl i vårdutveckling som i forskning.

I en tid då sjukvård är föremål för en intensiv diskussion mot bakgrund av stora besparingskrav och behov av strukturförändringar vill vi ge sjukvårdshuvudmännen tillgång till bättre beslutsunderlag och smidiga beslutsprocesser kring högspecialiserad sjukvård. Vi ser det som utomordentligt väsentligt att den högspecialiserade sjukvården inte tar för stor andel av de knappa vårdresurserna samtidigt som den är väl tillgänglig och utbyggd.

Våra förslag utgår från ett patientintresse. I patientintresset ligger enligt vår uppfattning; *hög vårdkvalitet, tillgänglighet och hög effektivitet* som vi ser mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagens mål om allas rätt till vård på lika villkor.

Det demokratiska inflytandet är en central del i hälso- och sjukvården. Våra förslag är formulerade i syfte att underlätta demokratiska processer kring högspecialiserad sjukvård både på riksnivå och på lokal nivå.

Den bild av den högspecialiserade vården i Sverige som vi identifierat är mångfacetterad. I stort är det en framgångsrik sektor som erbjuder medborgarna en sjukvård av hög kvalitet, väntetiderna är korta och tillgången på vård god. Sektorn är förhållandevis liten, omfattar ca 6 % av de totala sjukvårdskostnaderna men samtidigt med en betydelse som går vida utanför det högspecialiserade området.

Vi har valt att fokusera på systemfrågorna i stället för att behandla enskilda problemområden inom utpekade specialiteter. Ett fungerande system för riks- och regionsjukvård bör ge patienterna tillgång till en högspecialiserad vård av god kvalitet och bör också vara ägnat att hantera de specialitetsvisa problem av mer långsiktig karaktär.

14.2 Behöver rikssjukvården styras bättre?

Projektets bedömning: Vi finner att de problem som har identifierats kring rikssjukvården kräver en starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå. Vi ser också ett behov av en välstrukturerad styrprocess på riksnivå och avvisar således möjligheterna till en mer uttalad marknadsstyrning.

I dag styrs inte rikssjukvården, det är inte heller syftet med dagens system. Vid Vårdkatalogens tillkomst är Socialstyrelsen mer att se som förläggare än som myndighet. Dagens system är präglad av det sena 80-talets starka tro på marknader och marknadsstyrning. Initialt finns det anledning att överväga vilka mervärden en mer distinkt styrning av sjukvården kan ge, i synnerhet då dagens system i många avseenden fungerar tillfredställande.

Mervärden med central styrning

De problem vi identifierat kan så gott som samtliga kopplas till det faktum att vi har 21 självständiga sjukvårdshuvudmän i landet. Statens styrning är i första hand policyskapande och kunskapsgenererande. Av de länder vi studerat är det enbart Tyskland där riksnivån har en så svag ställning när det gäller styrning och ledning av sjukvården. I Tyskland är vården en fråga för delstaterna där flertalet har befolkningsunderlag likvärdigt med Sveriges.

En central styrning ger ett antal viktiga förutsättningar för en god hantering av rikssjukvården. Detta handlar bl.a. om att hantera gemensamma investeringar, kunna minska sårbarhet, garantera behandlingar för vissa lågfrekventa sjukdomstillstånd. En central instans blir också med automatik problemägare för frågor som gäller samordning i ett nationellt eller internationellt perspektiv.

Inom vissa typer av rikssjukvård, t.ex. brännskadevård har vissa landsting åtagit sig stora investeringar såväl i personal som i mate-

riel. I takt med att utveckling skett har det blivit möjligt även för andra landsting att i egen regi omhänderta svårt brännskadade patienter. Detta har medfört att de vårdplatser för rikssjukvård som finns har stått outnyttjade och att de landsting som anordnat denna vård inte fått den ersättning som varit kalkylerad. Riksvårdplatserna behövs för att kunna behandla de svårast skadade patienterna och som en kunskapsnod inom brännskadevården i riket. En central styrning ger möjligheter att garantera landsting som gör riksåtaganden ett patientunderlag.

Nackdelar med central styrning

En central styrning innebär att en beslutande nivå över sjukvårdsregionerna tillskapas. Med högt ställda krav på väl beredda beslut och fulltäckande underlag för ställningstaganden i olika frågor så följer lätt en viss tröghet i beslutsfattandet. Centrala styrnings och planeringsprocesser kan också lätt tendera att bli tunga och mer utvecklas till ett hinder i processen än ett sätt att leda en verksamhet.

Alternativ till central styrning

Vi har i dag ett system som varit avsett att formas som ett marknadsstyrningssystem för rikssjukvård. Vissa av de problem vi konstaterat, dock inte alla, får sin förklaring i ljuset av att systemet aldrig har fullbordats så som tanken var. Om Vårdkatalogen kombineras med sådant underlag som ger förutsättningar för pris och kvalitetsjämförelser såsom tanken en gång var så skulle systemet få bättre förutsättningar att fungera.

Marknaden är, enligt många, en överlägsen institution när det gäller att skapa rationella processer och en optimal resurshantering.

Uppföljning och utvärdering

En uppstramning av systemen för rikssjukvård kan också ske genom en mer utvecklad revision av sjukvård och vårdssystem. Genom att påtala brister och utfärda förelägganden kan tillsynsorganet eftersträva korrigeringar av felaktiga organisationer eller dåliga resultat.

Dessa möjligheter finns redan i dag genom bestämmelserna i Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYS 1998:531).

Givetvis finns också alternativet att inte nu vidta några åtgärder. Detta då det finns möjligheter att den ekonomiska verklighet som landstingen i dag står inför bidrar till att tvinga fram åtgärder som syftar till rationell hantering och styrning.

Därför bör man konstatera att dagens system i många avseenden fungerar tillfredställande. Högspecialiserad sjukvård har hög tillgänglighet, kösituationen är inte bekymmersam. Verksamheten har hög status i läkarkretsar. Förändringar innebär också alltid risker för förluster av kompetens eller rutiner.

Slutsatser

Vår uppfattning är att de problem vi identifierat är av den karaktären att de bör hanteras. Därmed faller alternativet att inte vidta några åtgärder då det inte är sannolikt att problemen varken hanteras eller löses.

När det gäller marknadslösningar måste man ställa frågan om sjukvård överhuvudtaget kan betraktas som en marknad. Den klassiska marknadsaktören förutsätts täcka ett behov med de resurser som han själv disponerar och ha fullständig information över alternativen, därutöver förutsätts också fri konkurrens råda mellan aktörer. I vården sker finansieringen med allmänna medel medan enskilda har och upplever ett vårdbehov. Den enskilde saknar också överblick över de alternativ som står till buds, konkurrens med ekonomiska och/eller kvalitativa faktorer saknas. Enligt vår uppfattning kan av dessa skäl inte en marknadssituation sägas råda. Vi är därför tveksamma till om en marknadsanpassning kan leda till rationalitet och hög kvalitet och avvisar därför tanken på förnyade marknadsarrangemang.

Den tröghet som vi ser som en tänkbar effekt av ett centraliserat beslutsfattande är sannolikt en realitet. Systemet måste därför utformas så att eventuella trögheter noga följs så att systemet blir ett dynamiskt verktyg för en planering på riksnivå. Med detta förbehåll konstaterar vi att det vi tror har bäst förutsättningar till problemlösning är en centraliserad styrprocess av rikssjukvården.

En central styrning av sjukvården måste utformas varsamt så att inte dagens strukturer skadas och att de förändringar som kan förväntas komma ur systemet sker mjukt. Vi bedömer av dessa skäl att

en implementeringsperiod på några år kan bli aktuell för att kunna fullborda en omställningsprocess. I följande avsnitt lämnar vi förslag till en styrmodell för rikssjukvården, därefter redovisar vi våra överväganden kring regionsjukvården.

14.3 Nationell styrmodell för rikssjukvården

Projektgruppens förslag: Det finns, enligt vår uppfattning, inga skäl att i dag ändra huvudmannskapsförhållandena i sjukvården. Därför föreslår vi en ordning där en statlig styrning av rikssjukvården etableras i nära dialog med sjukvårdshuvudmännen men där produktionen kvarstår i landstingsregi. Huvudmannskapet för den högspecialiserade sjukvården liksom dess finansiering bör alltså vara ett ansvar för landstingen.

Vår bedömning är att landstingen är den institution som i dag har bäst förutsättningar att driva och finansiera sjukvård. Möjligheterna att via den folkvalda fullmäktigeförsamlingen påverka vårdens utformning och anpassning till en lokal situation ser vi som ett fundament för att skapa en god vårdorganisation. Internationellt sett är vår organisation effektiv såväl när det gäller kostnader som när det gäller tillgänglighet och sannolikt också kvalitativt. Det finns ett absolut och starkt värde i att samma huvudman ansvarar för hela vårdkedjan.

Vi ser inga värden i att störa vården genom att förstatliga delar av sjukvården. Enligt vår uppfattning förutsätter en effektiv vårdkedja för sjukhusvården ett enat huvudmannskap. Att förstatliga dagens universitetssjukhus skulle leda till att sju landsting får en sjukhusvård som blir partiellt statlig då dessa institutioner också utgör länssjukhus och levererar en stor del av huvudmannens bas sjukvård. Ett förstatligande av enbart den högspecialiserade vården skapar även detta mycket svårhanterliga gränssnitt i vårdkedjan. Sådana delade ansvars förhållanden ser vi inte som kvalitetshöjande eller förbilligande eller på annat sätt ägnade att tillföra sjukvården något.

Däremot så ser vi ett behov att, i syfte att ge landstingen bättre förutsättningar att garantera en vård på lika villkor, skapa ett centralt styrsystem för rikssjukvård som också kan användas av regionala och lokala beslutsfattare.

14.4 Vad skall vara rikssjukvård?

Projektgruppens förslag: Vi föreslår att Socialstyrelsen får i uppdrag att identifiera den sjukvård och de vårdaktiviteter som bör utföras med hela riket som upptagningsområde. Bedömningarna skall grunda sig på behov av volymer för vissa aktiviteter, särskilda investeringsbehov eller kompetenskrav. Socialstyrelsen bör ansvara för att det finns adekvat behandling även för sällsynta sjukdomstillstånd där det finns behov av särskild kompetens eller särskild erfarenhet

Socialstyrelsen bör därför få i uppdrag att utveckla ett system för att identifiera samband mellan volymer och kvalitet för olika aktiviteter i svensk sjukvård. Arbetet bör ske i nära samråd med de medicinska professionerna. Rikssjukvården skall vara evidensbaserad.

Vi har som utgångspunkter för våra resonemang lagt patientsäkerhet och ekonomisk rationalitet, två områden som väl kan tjäna som underlag för organisatoriska beslut om rikssjukvård. Eftersom dessa inte direkt kan ligga till grund för rekommendationer måste de brytas ned något. Vi diskuterar i det följande ett antal områden som kan bli delar i beslut om rikssjukvård. Processen om rikssjukvård bör gå i två etapper, det första är ett beslut om vilka behandlingar eller åtgärder som skall vara rikssjukvård, det andra vilka enheter som den skall utföras vid. I dag består rikssjukvården av tre skilda delar:

- En del omfattar högspecialiserad vård av rikskaraktär som kräver betydande och långsiktiga investeringar i kompetens och kapital för att kunna utföras med hög kvalitet.
- En andra grupp av verksamheter omfattar högspecialiserad vård av rikskaraktär med metoder som är knutna till specifik läkares kompetens, är inriktad mot kompetensutveckling för behandling av sjukdomar som också tas om hand inom vården i övrigt, eller metodutveckling som har stark forskningsanknytning.
- Den tredje gruppen omfattar högspecialiserad vård för diagnostik och behandling av sällsynta sjukdomar – ofta genetiskt betingade – eller specialiserade behandlingar för patienter med komplicerad sjukdomsbild eller särskilda typer

av funktionshinder, vilka verksamheter således är inriktade mot att säkerställa vård för små patientgrupper.

Rikssjukvård i dag omfattar således förutom traditionell sjukvård också insatser som riktar sig mot mindre grupper av funktionshindrade t.ex. barn- och vuxenhabilitering. I begreppet rikssjukvård bör framdeles även denna typ av verksamhet ingå.

En prövning av vilken verksamhet som skall vara rikssjukvård bör vara tidsbegränsat och omprövas regelbundet. Detta då dynamiken i systemet är mycket central. Behandlingsmetoder och utrustning kommer sannolikt att fortsätta utvecklas vilket kan medföra att en åtgärd som varit att se som rikssjukvård kan komma att föras ut i systemet som region- eller landstingsvård. Det är i dessa fall viktigt att en förhållandevis snabb omdefiniering sker så att tillgängligheten för patienterna blir maximal.

Vi har också, måhända felaktigt, tolkat det så att det har varit en åtråvärd status som har legat i att en verksamhet har setts som rikssjukvård. Det är angeläget att status som rikssjukvård endast ges till institutioner vars verksamhet kan motivera detta från medicinska skäl.

Inom statsförvaltningen är arbetet organiserat så att Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet för frågor som rör hälso- och sjukvård. Det operativa ansvaret för verksamheten ligger på landstingen.

Då operativa detaljfrågor av denna karaktär inte bör hanteras av regeringen ter det sig naturligt att en nationell uppgift som rör samordning av verksamhet mellan självständiga sjukvårdshuvudmän hanteras av den ansvariga myndigheten Socialstyrelsen.

Detta arbete kräver av flera skäl en nära och förtroendefull dialog med sjukvårdens professioner. Här vill vi i första hand framhålla professionens kunnande om metoder och ingrepp. Detta bör utgöra en bas för rikssjukvårdsnämndens och myndighetens bedömningar. Av detta skäl bör också enskilda läkare ha möjlighet att påtala behov av centralisering av vissa åtgärder och få frågan prövad. Det bör ankomma på myndigheten att finna formerna för dialogen.

Våra förslag i denna del kommer, även om de i första hand riktar sig mot Rikssjukvården, också att få konsekvenser för gränssnitten mellan de olika vårdnivåerna. Vi ser också att de i vissa avseenden kan komma att aktivt bidra till en förnyelse och koncentration av modern effektiv sjukvård.

Volymmer

Vi har i avsnitt 10 berört frågan om volymernas betydelse för kvaliteten inom sjukvården och konstaterat att sådana samband sannolikt föreligger även i Sverige i synnerhet inom de specialiteter där de hantverksartade inslagen är mer frekventa. Vi utesluter dock inte att detta samband finns även för andra typer av specialiteter t.ex. vad gäller diagnostisering av sällsynta åkommor. Samtidigt kan vi med viss förvåning konstatera att systematiserad kunskap om detta inte finns. Att sådana analyser genomförs för varje specialitet är av stort intresse för patientgruppen och då dessa analyser är förekommer i andra länder hade det tätt sig naturligt att initiativ tagits även i Sverige till att sådant underlag utarbetas.

Ett centralt underlag för beslut bör utgöras av volymbedömningar för olika typer av ingrepp. I detta bör ligga att bedöma vilka typer av behandlingar som skall utföras på de tre nivåerna riks-, sjukvårdsregions- samt landstingsnivå.

En viktig beståndsdel i bedömningsunderlaget bör också vara att de behandlingsformer som ges så långt det är möjliga är baseras på evidens, dvs. medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag inom medicinskt arbete. Av detta följer att SBU såsom ansvarig för evidensanalyser om svensk sjukvård bör involveras i bedömningarna av volymer och behandlingsformer.

Sjukvårdens professioner måste självfallet medverka i bedömningarna av volymernas betydelse inom olika specialiteter. Detta ser vi som en viktig förutsättning för att kunna få respekt för prövning av vad som ur ett säkerhetsperspektiv är "rätt" nivå för en behandlingsform, en delaktighet för professionerna är också en viktig metod att få synpunkter på centraliseringsbehov av olika åtgärder.

Vi är medvetna om att en systematiserad volymbedömning kräver en mängd insatser som i dag är inte omedelbart är möjliga att vidta, det bör ankomma på Socialstyrelsen att närmare analysera dessa och också att utforma systemet.

Evidensbaserad av sjukvård

SBU har etablerats av den svenska regeringen för att kritiskt granska den vetenskapliga grunden för medicinska innovationer, existerande rutiner och praxis inom hälso- och sjukvården samt inom tandvården. Sådana utvärderingar är angelägna inte bara för

att upprätthålla och öka kvaliteten i vården utan även för att existerande resurser skall utnyttjas på bästa möjliga sätt.

SBU gör en opartisk bedömning av nytta, risker och kostnader, med utgångspunkt från vilken metod som är mest effektiv och bäst för patienten.

Sedan 1987 har SBU publicerat över 50 rapporter och utvärderat mer än 1000 metoder. I ett internationellt perspektiv intar SBU en stark och ledande roll bland de 30–40 myndigheter som arbetar med utvärdering inom hälso- och sjukvården i olika länder. Samtliga statliga myndigheter på området har enats om att den internationella utvecklingen och samverkan på området bör ledas av SBU i Sverige.

Sverige har således intagit en stark position för att skapa evidens kring vårdmetoder och behandlingsformer. Det ter sig därför väsentligt att den högspecialiserade vården så långt det är möjligt skall vila på evidens och saklighet.

I fråga om nya former av sjukvård och nya behandlingsformer finns möjlighet att evidenssäkra dessa genom SBU Alert. Detta är ett system för identifiering och tidig bedömning av nya metoder. Alert samordnas vid SBU och drivs i samverkan med Läkemedelsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet.

I Alerts rapporter beskrivs kortfattat de nya metoderna och deras förväntade effekter. Dessutom görs en bedömning av det vetenskapliga kunskapsläget. Underlaget tas fram i samarbete med sakkunniga inom berörda områden. Publicering sker på SBU:s hemsida där det även finns en kostnadsfri prenumerationstjänst. Det bör ankomma på Socialstyrelsen att bygga upp en rutin med SBU för att säkerställa en enkel, snabb och smidig hantering.

Kompetensförsörjningen

Vi har pekat på problem kring kompetensförsörjningen och anser att detta bör ägnas en särskild uppmärksamhet i samband med beslut om högspecialiserad sjukvård. Emedan långsiktighet är en central punkt i vården bör före tillstånd analysera att det finns en godtagbar långsiktighet i kompetensförsörjningen vid enheten samt också att relationen mellan volymtalen enligt ovan och kompetensförsörjningen förefaller vara i balans.

Det finns redan i dag i vårdkatalogen ett antal verksamheter som endast uppehålls av enstaka läkare. Även om dessa inte är av den karaktären att de i övrigt bör ses som rikssjukvård så leder kompe-

tenssituationen till att även detta bör betraktas som sjukvård som ges med riket som upptagningsområde.

Sällsynta sjukdomstillstånd

I Vårdkatalogen är i dag också vissa behandlingsformer för sällsynta sjukdomstillstånd eller för speciella typer av funktionshinder förtecknade. I detta fall ser vi det som väsentligt att förteckningen fortsätter men att också Socialstyrelsen får i uppdrag att, i samråd med rikssjukvårdsnämnden, tillse att behandling finns, i eller utom riket, för samtliga sällsynta behandlingsformer som kan förekomma. I de fall behandlingsbehov uppstår där ingen behandling finnes tillgänglig bör det ankomma på Socialstyrelsen att, i samråd med läkarprofessionen finna en behandling att rekommendera för den ansvarige huvudmannen. Enligt vad projektet har erfärut är detta särskilt väsentligt när detta gäller habilitering av barn och vuxna.

Vi föreslår att Socialstyrelsen beslut om vad som skall vara rikssjukvård skall utgå från volymbedömningar, kompetensförsörjning samt ekonomi. Därutöver skall de vårdformer som beslutas som rikssjukvård vara evidensbaserade så långt det är möjligt. Dessa beslut kommer att få en indirekt återverkan på region- och länssjukvård som behandlas i det följande.

För att en verksamhet skall bli klassificerad som rikssjukvård krävs således en aktiv bedömning grundad på ett medicinskt eller medicinskt/ekonomiskt behov. Det är således inte vårt syfte att verksamheter skall bli betraktade som rikssjukvård enbart för att de är lågfrekventa och sällsynta, det finns ett flertal sådana sjukdomstillstånd som med stor framgång kan behandlas av primärvården. Avgörandet måste grunda sig på kraven på behandling.

14.5 Lokalisering av rikssjukvård

Projektgruppens förslag: Socialstyrelsen får i uppdrag att fatta beslut om var rikssjukvård skall vara lokaliserad genom att bevilja tillstånd. Tillstånd kan ges till flera enheter. Åtgärden innebär myndighetsutövning mot landstingen och förutsätter lagstöd.

I Socialstyrelsen inrättas en rådgivande nämnd, Rikssjukvårdsnämnden, bestående av en representant vardera från varje sjukvårdsregion. Före beslut om lokalisering av rikssjukvård skall

nämnden höras, dess rekommendation skall vara vägledande för myndigheten så länge inte patientintresset hotas.

Som beslutsunderlag bör ett publikt system för kvalitativa jämförelser mellan olika kliniker utvecklas. Socialstyrelsen bör ansvara för detta.

Rådet för kommunala analyser och jämförelser (Fi 2002:07, dir 2002:91) bör få i uppdrag att i samråd med socialstyrelsen utveckla sådana nyckeltal att det ger möjligheter att pröva lokaliseringen av rikssjukvård ur ett produktivitets- och effektivitetsperspektiv.

Svensk sjukvård vilar sedan lång tid på landstingen. Genom samverkan i sjukvårdsregionerna har man gemensamt, och i vissa fall med stor framgång försökt lösa sådana frågor som ansvarsfördelning mellan landstingen. I de fall konsensus har rått har besluten varit lätta att fatta men där det funnits divergerande uppfattningar om handlingsvägar och verksamhetsinriktning så har stundtals lösningar uppstått. En nationell samordning mellan sjukvårdsregionerna saknas i dag.

En starkare samordning mellan sjukvårdsregionerna är en viktig förutsättning för en god utveckling av rikssjukvården. Det är inte sannolikt att Socialstyrelsen ensamt kan få accept för styrande beslut, till myndigheten bör därför någon form av nationellt samordningsorgan länkas.

En enkel form för samordning kan vara att representanter för regionernas samverkansnämnder bildar en rikssjukvårdsnämnd. Detta ger en delaktighet för sjukvårdshuvudmännen.

Förslaget kan synas innebära en inskränkning i landstingens kommunala självstyre, vilket formellt i och för sig är korrekt. Sakligt sett är det dock en anpassning till en sjukvård som i allt större omfattning kommer att ställa krav på patientunderlag som överskrider både enskilda landsting och sjukvårdsregioner för att upprätthålla hög kvalitet och samtidigt minimera kostnaderna. Genom Rikssjukvårdsnämnden ges landstingen långt gånge samrådsmöjlighet som i praktiken innebär att lokaliseringsbeslut, så länge de formuleras ur ett patientperspektiv, i praktiken kommer att fattas av sjukvårdshuvudmännens representanter. I den mån samsyn inte går att uppnå innebär vårt förslag att beslut likväl kan fattas, en funktion vi bedömer som absolut nödvändig för att säkerställa kvalitet i sjukvården.

Det finns i dag ett antal privata produktionsenheter som bedriver högspecialiserad sjukvård t.ex. ögonkirurgiska kliniker, viss tho-

raxkirurgi m.m. Sådana enheter bör jämföras med offentligt drivna sjukvårdsinrättningar när det gäller prövning av tillstånd för verksamheten och också grunda sig på samma förutsättningar när det gäller rationalitet och patientsäkerhet.

Rikssjukvård bör om möjligt, utfärdas på två enheter. I den mån det enbart finns en i riket bör ett alternativ sökas i utlandet.

Vi ser det som självklart att tillstånd endast kan ges efter en ansökan. Om producent saknas bör det vara myndighetens ansvar att söka en producent i utlandet.

Produktivitetsjämförelser

Det är viktigt att de skattemedel och patientavgifter som finansierar vården används på ett sådant sätt att de ger maximal möjlighet till vård. Det är således patientens intresse av att få god vård samt allmänintresset av att skattemedel används sparsamt och med omsorg som bör styra investeringar och fördelning av produktionsresurser. En förutsättning för att resurserna skall kunna fördelas optimalt är möjligheten finns att jämföra kostnaden för samma (eller snarlika) tjänst som utförs på olika ställen. Eftersom det ställs ökade krav på vården är ett fortlöpande utvecklingsarbete nödvändigt. Förutom den viktiga medicinska värderingen bör olika typer av produktivetsmått kunna användas för bedömning om utvecklingsarbetets värde. Det är centralt för vården att det sker en fortlöpande produktivetsutveckling inom sektorn. Hög produktivitet innebär högt utnyttjande av samtliga de resurser som vårdinrättningen förfogar över

Denna typ av analyser kan genomföras lokalt (mikronivå), för ett enskilt sjukhus eller landsting eller centralt för riket som helhet (makronivå).

En investeringstung verksamhet som sprids på för många ställen tenderar att binda resurser som annars skulle ha kunnat användas för annan vård. Detta är ett huvudargument för att även den ekonomiska sidan av en verksamhet skall prövas vid avgöranden kring rikssjukvård. Det är också viktigt att söka finna vägar att etablera ekonomiska jämförelser mellan olika produktionsenheter för att finna effektivitet i verksamheten. I det bekymmersamma ekonomiska läge som i dag råder i landstingen är ekonomin central. Vid likvärdig kvalitet bör således den enhet som har bäst förutsättningar att driva verksamheten effektivt ges tillstånd.

Centralt i sammanhanget är att uppehålla sig något kring vad som är effektivitet och rationalitet. För att undvika alltför långdragna diskussioner om detta måste underlag och system skapas för ekonomiska jämförelser mellan olika sjukhus. Under en lång tid har diverse projekt drivits i syfte att skapa jämförbara underlag eller nyckeltal mellan landstingen.

Regeringen beslutade den 13 juni 2002 att ett råd tillkallas för att hantera frågan om utvecklingen av en kommunal databas över nyckeltal från kommuner och landsting. Rådet skall bl.a. ansvara för att ett system tillskapas för att hantera informationen i databasen och som möjliggör att informationen finns tillgänglig på Internet, kvalitetssäkra de drygt 150 nyckeltal som presenterades i betänkandet www.kommundatabas.nu - hur man med nyckeltal bättre kan analysera och jämföra kommunal verksamhet (SOU 2001:75), samt vidareutveckla innehållet i databasen med ytterligare verksamheter för kommunerna, utveckla nyckeltal för landstingen, främja nyckeltalsbaserade analyser och jämförelser av kommunal verksamhet.

Rådet också, enligt uppdraget (dir 2002:91) lämna förslag till lämpliga nyckeltal som beskriver verksamhet, ekonomi och kvalitet för landstingens ansvarsområden. Detta bör ske i samverkan med Landstingsförbundet. Vidare skall rådet se till att en lämplig teknisk lösning tillskapas för denna del av databasen. Nyckeltalen skall vara lättillgängliga och presenteras på Internet. För att skapa överblickbarhet bör antalet nyckeltal begränsas. Rådet bör även sträva efter en balans mellan de olika slagen av nyckeltal.

Rådets uppdrag överensstämmer i stort med det informationsbehov som vi identifierat. Rådet bör därför få i tilläggsuppdrag att tillse att nyckeltalsserierna som utvecklas tillgodoser Socialstyrelsens behov av ekonomisk information inför beslut om Rikssjukvård.

Kvalitetsjämförelser

I patienternas intresse ligger ett entydigt behov av att kunna skapa jämförelsemateriel av hög kvalitet i fråga om lokaliseringsbeslut. En sådan process måste därför skyndsamt inledas för att myndighetsbeslut om högspecialiserad sjukvård blir sakligt grundade och trovärdiga.

Ett flertal olika arbeten pågår i syfte att utveckla kvalitativa nyckeltal om sjukvården såväl inom landstingsförbundet som inom

de olika specialitetsanknutna kvalitetsregistren. I dag saknas dock en helhetsbild möjlig att använda som underlag för beslut om lokalisering av sjukvård.

Det finns i sammanhanget all anledning att lyfta fram behovet av ett objektiva och sakligt kvalitetsvärderingssystem för sjukvården i Sverige.

Behovet av ett kvalitativt jämförelsemateriel för sjukhusvården är också tydligt mot bakgrund av att ett fritt vårdval är under introduktion i landet. Patienternas val av institution för sjukvård måste grunda sig på rationalitet, ett led i detta är att ge en grund för värdering av kvaliteten vid en institution. I Norge har ett jämförande system etablerats, visserligen ännu i liten skala men med ett entydigt syfte att informera patienterna om kvaliteten på olika institutioner²⁶, i Storbritannien arbetar man med en annan typ av jämförande system²⁷.

Det finns givetvis svagheter med publika kvalitetsvärderingssystem, sannolikt så finns det inga möjligheter att finna något som ger en precis och riktad information anpassad till varje tänkbart behov. I stället bör systemet bygga på kvalitetsvärdering i någon form av sammanvägt index. Som mätetal bör enkla och lättbegripbara händelser användas. När det gäller barnhjärtkirurgi är 30-dagars mortalitet ett nyckeltal som använts flitigt och som också är talande i synnerhet vid studier av förändringar över tiden.

Det är också centralt att ett kvalitetsvärderingssystem gör jämförelser mellan likvärdiga institutioner. Dödligheten vid vissa typer av ingrepp bör t.ex. vara högre vid regionsjukhusen då de svåraste fallen måste remitteras dit kompetens finns. Givet är att detta kan ge en bild av att regionklinikerna är sämre än länsklinikerna. Vi bedömer dock att det finns förutsättningar för att ett riktigt uppbyggt system kan jämföra likvärdiga enheter med varandra.

Regeringen beslutade den 3 april 2003 att tillkalla en särskild utredare (dir 2003:42) med uppdrag att kartlägga de register för uppföljning och kvalitetssäkring som finns i hälso- och sjukvården och i annan medicinsk verksamhet. I uppdraget ingår bl.a. att klarlägga de krav som skall ställas för att ett register skall anses vara ett nationellt kvalitetsregister. Utredaren skall särskilt beakta vilka uppgifter som skall få registreras av vad som skall krävas vid behandling av uppgifterna. Utgångspunkten bör, enligt uppdraget,

²⁶ <http://www.sykehusvalg.net>

²⁷ http://www.nhs.uk/performanceratings/star_ratings_explained.asp

vara att den enskilde skall lämna samtycke till behandlingen av personuppgifterna

Utländsk expertis

I processen att besluta om lokalisering finns ett antal moment som t.ex. kan handla om att utvärdera verksamheten vid två kliniker. I de förhållandevis små specialiteterna som rikssjukvården utgör kan det vara svårt att finna oberoende expertis. I dessa fall bör sådan kunna hämtas från utlandet för att på Socialstyrelsen uppdrag genomföra en analys av de olika handlingsalternativen. Detta kan vara ett värdefullt sätt att komplettera den inhemska analysen.

Om Rikssjukvårdsnämnden

I Socialstyrelsen inrättas en rådgivande nämnd, rikssjukvårdsnämnden bestående av representanter för samverkansnämnderna i de sex sjukvårdsregionerna. Rikssjukvårdsnämnden skall höras innan Socialstyrelsen fattar beslut. Nämndens råd bör i stor utsträckning vara vägledande för myndigheten. Detta innebär i princip att myndigheten enbart bör avvika från nämndens rekommendationer i de fall patientintresset förutsätter en annan lösning. Även om det enligt vår uppfattning vore önskvärt att rikssjukvårdsnämnden också skulle vara beslutanden så bedömer vi inte detta som möjligt då dessa beslut blir att se som myndighetsutövning. Genom nämndens sammansättning av representanter från sjukvårdsregionerna uppstår sådana jävsproblem att beslutandet måste falla på annan part.

Vi anser att denna lösning både ger möjlighet för sjukvårdsregionerna att få ett reellt inflytande på rikssjukvården och säkerställer att de nationella intressena inte åsidosätts på grund av enskilda landstings planering.

Vi ser genom tillkomsten av rikssjukvårdsnämnden också tillkomsten av en arena som kan samordna sjukvårdsregionernas arbete, t.ex. när det gäller att skapa gemensamma rikstäckande IT system för journalföring, ekonomiadministration eller dylikt. Med hänvisning till landstingens självstyrelse bör initiativ i denna del kunna tas av rikssjukvårdsnämndens ledamöter, statens roll bör endast vara att tillhandahålla arenan och också ställa förslag. Landstingsförbundet är självfallet en fortsatt viktig aktör inom detta område.

Vitesförelägganden

Sjukvård och sjukvårdsorganisation är en komplex arena där olika typer av intressen samverkar eller motverkar varandra. Då det i dag inte finns någon tradition av centralt beslutsfattande kring sjukvård finns en tydlig risk för obstruktion eller nonchalans mot besluten. Genom att vi nu introducerar en ny beslutsordning bör man även säkerställa att myndighetens beslut respekteras. Vi föreslår därför att Socialstyrelsen får rätt att vid vite förelägga ett sjukhus (motsv.) som bedriver rikssjukvård utan tillstånd att upphöra med verksamheten.

Sådana möjligheter finns redan genom Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område 6 kap 13 §: ”Om Socialstyrelsen finner att en vårdgivare inte uppfyller kraven på god vård och om missförhållandena är av betydelse för patientsäkerheten, får styrelsen förelägga vårdgivaren att avhjälpa missförhållandena. I föreläggandet får vite sättas ut...”. Myndigheten har dock inte använt sig möjligheten att genom vite styra en verksamhet i någon större utsträckning. Vi bedömer således inte att detta är en förändring i förhållandet mellan stat och landsting.

I den mån det finns fler enheter som önskar bedriva vården skall Socialstyrelsen pröva de olika enheternas förmåga att driva verksamheten med hög kvalitet och god ekonomi.

Rikssjukvårdsnämndens roll

Rikssjukvårdsnämnden roll, liksom syftet med tillkomsten är att vara ett rådgivande samrådsorgan åt Socialstyrelsen i frågor med anknytning till rikssjukvård. Därutöver ser vi en roll i de frågor där det finns ett samordnings- och samrådsbehov mellan sjukvårdsregionerna. I det följande lyfter vi upp några av de områden där vi ser att nämnden kan ha betydelse såsom samrådsorgan.

Nationell samordning

I dag sker ingen organiserad samordning mellan sjukvårdsregionerna. Genom inrättanden av Rikssjukvårdsnämnden ges en möjlighet till sådan verksamhet som kan användas för samrådsfrågor såsom att hantera tillfälliga kapacitetsproblem eller strukturfrågor kring regionernas gränser. I denna del bör rikssjukvårdsnämndens

ledamöter kunna själv ta initiativ till behandling av olika frågeställningar.

Innehållet i rikssjukvården kan komma att utvidgas från mer traditionell diagnostik och eller behandling till att också omfatta mer expertrådgivning. Utvecklingen inom informations- och kommunikationsteknologien innebär t.ex. att det utvecklas en ny plattform för att vissa centra skall kunna arbeta med distanskonsultationer eller distansledning för vissa ingrepp och behandlingar. Formerna för denna typ av samarbete är ett exempel på frågor som kan behandlas i rikssjukvårdsnämnden.

Nationella kompetenscentra

Det finns fler vårdområden där det kan finnas anledning att någonstans i landet lokalisera centra för kompetensutveckling och kompetensförsörjning när det gäller sjukdomsområden eller typer av behandlingsinsatser. I detta avses i första hand insatser inom vårdområden som ligger utanför rikssjukvården, men beröringspunkterna kommer att vara många och det måste också vara möjligt för nämnden att ta flera typer av initiativ. Genom en centrumbildning kan specialistkompetens vidareutvecklas inom det berörda området, om centrat kan utvecklas till nationell resurs bör detta vara såväl kvalitativt som ekonomiskt effektivt.

Vi ser ett nationellt kompetenscentra som en enhet som får ett rikstäckande ansvar för utvecklingsinsatser när det gäller vårdmetoder och kompetensutveckling. Syftet är att patienterna i första hand skall komma från det egna landstinget, eller den egna sjukvårdsregionen. Rollen mot övriga riket bör i första hand vara rådgivande.

Det är, enligt vår uppfattning, angeläget att ett tänkande kring nationella kompetenscentra etableras, det bör dock ankomma på sjukvårdshuvudmännen att tillsammans reglera och besluta om denna typ av verksamhet. Vi vill också understryka den potential som finns för forskning och utveckling i och med att ett område för rikssjukvård etableras på ett sjukhus.

Internationell samordning

Även i internationella sammanhang bör rikssjukvårdsnämnden ha en funktion i sin egenskap av samrådsorgan mellan stat och sjuk-

vårdsregion. De gäller t.ex. små, och svårbehandlade sjukdomsgrupperna där det i dag kan vara svårt att finna nationell kompetens, det kan också gälla kapacitet för särskilda ändamål, t.ex. kortande av köer för speciella åkommor.

14.6 Etablering av nya behandlingar inom högspecialiserad vård

Det finns i dag ingen rutin för etablering av nya behandlingsformer. Vanligen sprids kunskap inom en specialitet. I stort måste sägas att denna process fungerar förhållandevis bra i Sverige i dag. Våra förslag i det föregående kan i detta avseende ha två effekter: dels en tröghet och försvårande för implementering av nya vårdformer i rikssjukvården, dels ett förbilligande och effektiviserande effekt genom att vården kvalitetssäkras innan det blir brett tillgänglig. Vi är väl medvetna om att detta problem föreligger men då det måste hanteras genom en dialog mellan specialitetsföreningen – SBU och Socialstyrelsen ser vi nu inget skäl till att här lägga förslag om processens uppläggning och inriktning. Det bör ankomma på den ansvariga myndigheten att bygga upp rutiner för att hanteringen av nya vårdformer skall kunna ske inom ramen för det föreslagna systemet. Vi vill också peka på möjligheterna att via SBU Alert uppnå en snabb och preliminär bedömning av en behandlingsmetods evidens.

Vi vill också peka på behovet av ett dynamiskt synsätt på vilka åtgärder som finns på en viss vårdnivå. Mekanismer måste finnas för att ta hand om behov av såväl ökad koncentration som ökad decentralisering.

14.7 Nationella planer för diagnos- eller sjukdomsgrupper

Förslag: Vi bedömer inte att nationella planer för vissa diagnos och sjukdomsgrupper är ett fungerande verktyg för att utveckla den högspecialiserade vården. Den naturliga nivån för ett utvecklat plan- eller programarbete är landstingsnivån eller den regionala nivån.

I uppdraget anges att projektet skall pröva om planer för vissa diagnos- och sjukdomsgrupper kan vara ett bra redskap för att utveckla/förbättra den högspecialiserade vården.

Konkreta behandlingsprogram för enstaka diagnoser och sjukdomar är, med nuvarande ansvarsförhållande inom sjukvården, i allt väsentligt en fråga för landstingen och sker vanligen i medicinska programarbeten som bedrivs endera i det enskilda landstinget eller inom ramen för samverkan i sjukvårdsregionerna. Beträffande cancerområdet baseras vanligen sådant medicinskt programarbete på specifika vårdprogram i regionala onkologiska centras regi, som även sinsemellan arbetar med nationella vårdprogram för vissa cancerformer.

Medan de nationella riktlinjerna är utformade inom ramen för dagens sjukvårdssystem som rekommendationer för sjukvårdshuvudmännen skulle statliga planer per diagnos/sjukdomsgrupp således innebära ett avsteg från nuvarande ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården.

Statliga planer per diagnos/sjukdomsgrupp skulle i allt väsentligt komma att ändra ansvarsbalansen mellan stat och landsting. En sådan förändring bör vara en konsekvens av en mer långsiktig strategi för hela sjukvården och inte emanera ur ett enskilt planeringsdokument. Statliga nationella vårdplaner för en diagnosgrupp bör således inte införas med nuvarande ansvarsfördelning mellan stat och sjukvårdshuvudman. I den mån särskilda insatser i form av kraftsamlingar behövs för en diagnos- eller sjukdomsgrupp bör dessa tas av landstingen, enskilt eller i samverkan. I fråga om behovet av kraftsamling kring cancervården bör ställning till detta inte tas före socialstyrelsen avrapporterat uppdraget om situationen inom cancervården.

14.8 Regionsjukvården

Förslag: Vi föreslår en lagreglerad skyldighet för de i en sjukvårdsregion ingående landstingen att bilda en gemensam nämnd för handhavande av sjukvårdsregionens angelägenheter. Regionala vårdprogram för högspecialiserad vård skall utarbetas.

Det finns anledning att inledningsvis redovisa vår syn på sjukvårdsregionens roll och funktion för sjukvården. Vi ser som det väsentliga huvuduppdraget att garantera att invånarna i de landsting som ingår i regionen får tillgång till sjukvård av hög kvalitet även inom

de specialiteter som av olika skäl inte kan erbjudas av samtliga landsting. De regionala vårdprogrammen syftar till att ge en grund för att uppfylla Hälso- och sjukvårdslagens krav på vård på lika villkor. Därutöver ser vi en potential för utökad samverkan i syfte att förbättra vårdekonomi och utveckla vårdkvaliteten för som vi berör i följande avsnitt, dessa delar ankommer dock i första hand på de i regionerna ingående landstingen att själva komma överens om.

Vi har uppmärksammat att sjukvårdsregionerna i stor utsträckning har tagit sig andra namn än de som finns i förordningstexten. Vi ser det därför som angeläget att dessa ändras så att de återspeglar den regionala viljan. Förordningen (1982:777) om rikets indelning i sjukvårdsregioner bör därför ändras.

Samverkan i sjukvårdsregionerna

Vår uppfattning är att det finns en stor outnyttjad potential för samverkan inom sjukvårdsregionerna. I huvudsak ankommer det på landstingen själva att söka finna gemensamma lösningar och utnyttja de möjligheter som finns. Vi ser dock vissa uppgifter som bör utföras på regional nivå med koppling till de förslag rörande rikssjukvård som lämnats i det föregående. Det finns därför anledning att söka finna en bas för den regionala verksamhet där de organisatoriska grundförutsättningarna är tydlig.

Vi föreslår därför att gemensamma nämnder skall vara obligatoriska för samverkan mellan landstingen i en sjukvårdsregion. I den mån man inom regionen i stället väljer att samverkan i kommunalförbund eller bolag ser vi att de regionala uppgifterna väl kan fullgöras i denna form varför kravet på gemensam nämnd då faller.

Den kommunala självstyrelsen utgår från att kommuner och landsting själva skall vårda sina angelägenheter. Ett obligatorium i denna del är således ett ingrepp i denna självstyrelse. Vi ser fler skäl till detta:

- 1) Genom vårt förslag till reglering av den högspecialiserade riks-sjukvården kommer processer att skapas, bl.a. till följd av beaktandet av volymernas betydelse för vårdnivåerna, som ställer krav på ökad samverkan inom en sjukvårdsregion när det gäller beslut om lokalisering av vård till gemensamma instanser. Enligt vår uppfattning underlättas denna process som den regionala samverkan har en fastare struktur.

2) Vi ser behov av ökad samverkan inom sjukvårdsregionerna i fler frågor som vi utvecklar i det följande, bl.a. när det gäller samverkan inom specialiteter och regionsjukhusens roll där dagens samverkansnämnder saknar formell beslutskraft.

3) Det finns i dag samverkansnämnder inom varje sjukvårdsregion. Samverkanstanken är därför inte ny. Efter våra intervjuer med landstingen uppfattar vi också att man generellt är positiva till den samverkan som sker och i så gott som samtliga fall ser möjligheter till mer samverkan på regional nivå.

4) I det avtal mellan svenska staten och vissa landstings om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården (ALF) som undertecknades den 13 juni 2003, 8 § pekas på möjligheterna att utöka samverkan på utbildnings- och forskningsområdet utöver den krets som undertecknat avtalet. Vi ser detta av flera skäl som en angelägen utveckling. En mer uttalad formell grund för denna samverkan bör kunna ge synergieffekter på såväl vårdkvalitet som ekonomi.

En process för ökad samverkan om högspecialiserad sjukvård pågår i Norra regionen där landstingen fattat beslut om ökad samverkan mellan landstingen om den högspecialiserade vården. Vi ser också ett behov av ökad samverkan inom de olika specialiteterna där vi kan peka på positiva erfarenheter från Sydöstra regionen där de gemensamma vårdprogrammen kommit att på ett naturligt utöka och vidga samverkan inom sjukvårdsregionen. I det följande utvecklar vi områden där vi ser möjligheter till en fördjupad samverkan inom regionerna.

Vår uppfattning är att den formella grunden för samverkan bör öka. Detta kan ske genom att verksamhet bedrivs av en gemensam nämnd

Om gemensamma nämnder

Bestämmelser om gemensamma nämnder infördes i kommunallagen (1991:900) efter förslag från regionen i proposition Kommunal samverkan (1996/97:105). Den gemensamma nämnden ingår i endast en av de samverkande landstingens organisation Kommunallagens regler om nämnder kan därmed tillämpas i stort sett fullt ut.

Den gemensamma nämnden är en egen myndighet liksom övriga nämnder. Inrättandet av en gemensam nämnd innebär inte att en ny juridisk person tillskapas. Detta är en väsentlig skillnad i förhållande till vad som gäller för kommunalförbund. Den gemensamma nämnden blir i stället att se som en företrädare för alla de samverkande huvudmännen.

En gemensam nämnd kan inte fatta beslut, ingå avtal eller anställa personal i eget namn. Beslut fattas formellt av det landstinget som tillsatt nämnden. Avtal träffas dock på samtliga huvudmäns vägnar och personalen måste formellt vara anställd av någon av huvudmännen. I vissa fall måste avtal godkännas av respektive fullmäktige.

Nämnden ansvarar gentemot respektive huvudman för den verksamhet och de uppgifter som denne lägger på nämnden. Revision och ansvarsutkrävande blir en fråga för den huvudman som lämnat över berörd verksamhet till nämnden.

En gemensam nämnd företräder samtliga huvudmän och ingår avtal för deras räkning. Det är alltså de samverkande landstingen och inte den gemensamma nämnden som gentemot externa avtalsparter är ansvariga för att avtal följs m.m. Om någon utomstående vill rikta civilrättsliga krav på grund av ett avtal som ingåtts mellan honom och de samverkande landstingen är det dessa, och inte den gemensamma nämnden, som är motparter.

En nämnd har enligt 6 kap. 7 § kommunallagen att se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Detta blir tillämpligt även på den gemensamma nämnden. En kommunmedlem i någon av de samverkande landstingen som är missnöjd med hur den gemensamma nämnden agerar kan vända sig till nämnden eller till den huvudman som han är medlem i. Varje huvudman är gentemot sina invånare ansvarig för nämndens verksamhet. Det yttersta politiska ansvaret kan utkrävas i val till fullmäktige och det är därför naturligt att en missnöjd medlem skall kunna vända sig till sin hemkommun med klagomål i allmänhet.

Samverkan bygger på att parterna måste komma överens i ett antal frågor som rör samarbetet. Ett dokument där parternas närmare mellanhavanden regleras måste upprättas. Detta dokument kan lämpligen vara ett avtal om samverkan. I ett avtal kan parterna också tillgodose kravet på flexibel lokal anpassning. Det är viktigt att i avtalet reglera sådana saker som hantering av oenighet.

Eftersom kommunallagens bestämmelser skall tillämpas på samarbetet i den gemensamma nämnden behöver man inte i lag detaljreglera vad överenskommelsen om samverkan skall innehålla.

För den gemensamma nämnden skall det finnas ett reglemente. Reglementet skall - på samma sätt som för övriga nämnder - innehålla närmare föreskrifter om nämndens verksamhet och arbetsformer. Reglementet måste antas av samtliga samverkande landsting och inte bara av det landsting som formellt tillsatt nämnden. Det innebär att alla fullmäktigeförsamlingar var och en för sig måste ta ställning till reglementet.

Syftet med att bilda gemensamma nämnder är att ge landstingen en enkel och ändamålsenlig offentligrättslig samarbetsform som inte innebär att det bildas en ny egen juridisk person. Ett alternativ till en gemensam nämnd är att verksamheten bedriv genom kommunalförbund eller som gemensamt ägt bolag.

Regionala vårdprogram

I vissa sjukvårdsregioner finns redan i dag specialitetsvisa regionala vårdprogram där man klargör ansvarsförhållanden för vissa vårdaktiviteter, dvs. vilken typ av åtgärder som skall utföras på vilka sjukhus. Detta arbete är, enligt vår uppfattning, av central betydelse för den högspecialiserade sjukvården. Vi föreslår därför att detta skall bli obligatoriskt för sjukvårdsregionerna.

Vårdutveckling

Vi ser också en möjlighet till positiv vårdutveckling om samverkan inom regionerna öka ytterligare. Vi ser stora möjligheter till vinster såväl kvalitativt som ekonomiskt om den slutna vården inom regionerna läggs i gemensamma produktionsbolag så att landstingens roll blir mer finansierande och ägande. Landstingen skulle därvid kunna fokusera ytterligare kraft på primärvården medan produktionen av vård organisatoriskt skiljs från de enskilda landstingen. I fråga om Stockholmsregionen samt Västra Götalands regionen är utgångsläget ett annat då regionerna i huvudsak sammanfaller med landstingens gränser.

En regiongemensam vårdproduktion ger bättre förutsättningar för den högspecialiserade regionsjukvården att samverka med de olika landstingen och skulle med automatik kunna ge förutsätt-

ningar för ökad och mer likvärdig tillgänglighet till vård inom en region. Denna typ av organisationsförändring ankommer i första hand på landstingen själva att besluta om.

Volymen i regionvård

Vi har också föreslagit en mer distinkt styrning av rikssjukvården med förslag när det gäller volymer som också kan få konsekvenser för sjukvårdsregionerna. Ett mer uttalat volymtänkande när det gäller vissa behandlingar och/eller diagnostiska åtgärder kommer att påverka även gränssnittet mellan regionsjukvård och landstingsvård. Detta förutsätter i sin tur ett utvecklat samarbete inom regionen och i vissa fall kan också strukturförändringar bli nödvändiga. Även om vår bedömning är att denna process kan förenklas om samverkan inom regionen om vårdproduktionen ökar så utgår vi i det följande från ett oförändrat regionsscenario.

Indelningen i sjukvårdsregioner

Vi i pm 2003-06-12 fört resonemang om behovet av att se över indelningen i sjukvårdsregioner men kan konstatera att intresse för detta i dag saknas i landstingen. Vi lägger därför inga förslag i denna del.

Utvecklingspotential i regionsjukvården

Vi ser en stor utvecklingspotential i ett fördjupat utvecklingssamarbete i regionsjukvården. Detta ankommer dock på regionerna själva att initiera och driva denna typ av verksamhet varför detta endast skall ses som rekommendationer.

Fördjupat samarbete om vårdproduktion

Vi har i tidigare arbeten lanserat en tanke på vårdproduktion i sjukvårdsregionens regi, där landstingen mer får en beställarroll. Här ser vi en möjlighet till samverkan i första hand kring bassjukvård och löpande vård som borde kunna underlätta den strukturomvandling som sjukvården för närvarande genomgår. Vi ser möjligheter till vinster både när det gäller tillgänglighet och ekonomi.

Denna typ av samverkan är i dag aktuell i Norra regionen, genom det samverkansprojekt kring högspecialiserad sjukvård som bedrivs.

Sjuktransporter

Vi ser också stora möjligheter att effektivisera transportorganisationerna genom att överföra huvudmannaskapet till sjukvårdsregionerna. Härigenom skapas förutsättningar att inom regionen tillse att patienterna omedelbart får den typ av sjukvård som den är i behov av. Detta innebär en roll för regionen som kan variera över landet men där det gemensamma ligger i de vinster som kan göras genom ökad stordrift och den ökade patientsäkerhet som kan uppnås om transportorganisationerna drivs i regional bas. Den ökade patientsäkerheten ligger framförallt i möjligheterna att via telemedicin i kombination med högspecialiserad kompetens redan i samband med det första omhändertagandet beslut om transportväg och lämpligt sjukhus för mottagande. Denna fråga ankommer dock på de enskilda regionerna att pröva.

Övriga områden

Förutom de två exempel vi omnämnt finns det fler områden där en närmare samverkan skulle kunna ge positiva effekter, det kan gälla upphandlingar, gemensam förrådshantering eller andra typer av stödverksamhet.

14.9 Regionsjukhusets roll

Projektgruppens förslag: Vi föreslår att det i varje sjukvårdsregion skall finnas regionsjukhus samt att det därutöver skall finnas regionkliniker. Det ankommer på regionen att fatta beslut om vilket sjukhus som skall utgöra regionsjukhus och vilka kliniker som skall vara regionkliniker. I fråga om beslut om regionkliniker bör dessa kunna överprövas av Socialstyrelsen om det finns ekonomiska eller vårdkvalitativa skäl för detta.

Vi har under arbetets gång upprepade gånger mött frågan om universitetssjukhusets/regionsjukhusets roll och funktion i sjukvår-

den. Indirekt har denna berörts i föreliggande betänkande ett flertal tillfällen. I dag är begreppet universitetssjukhus inte på något sätt skyddat. Enligt nationalencyklopedin (NE) är det *”sjukhus där man genom avtal mellan huvudmannen (landsting eller kommun) och staten knutit sjukhuset till ett universitet och skapat möjligheter för att bedriva medicinsk forskning samt undervisning av bl.a. blivande läkare. Universitetssjukhus finns i Stockholm, Uppsala, Lund, Malmö, Göteborg, Umeå och Linköping.”* I dag benämns också sjukhus utanför denna krets universitetssjukhus, vanligtvis då läkarutbildning är förlagd till sjukhuset.

Ursprunget till dagens universitetssjukhus struktur kom som så mycket annat från den Engelska utredningen 1958. Däri pekades på behovet av ett i varje sjukvårdsregion placerat centralt sjukhus för samordning och drift av den högspecialiserade regionsjukvården. I utredningen pekades här särskilt på behovet av samverkan mellan regionsjukhus och medicinsk fakultet. Sjukhusen benämndes här regionsjukhus.

Med hänsyn till att antalet sjukhus som är inblandade i utbildning och forskning ökar och att benämningen universitetssjukhus har spritts utöver den ursprungliga gruppen väljer vi som benämning på regionens centrala sjukhus använda begreppet regionsjukhus. Vi ser ett värde i att utbildning sprids utanför de traditionella universitetssjukhusen till en bredare krets och anser därför att begränsningar inte bör läggas på begreppet universitetssjukhus.

Vi ser det som centralt att det i sjukvårdsregionerna finns sjukhus med centralt ansvar för utveckling av nya vårdmetoder samt implementering av nya metoder i sjukvården. Dessa sjukhus, regionsjukhusen, bör också ha centralt ansvar för samordning av klinisk forskning inom regionens specialiteter. Vi ser regionsjukhusen som viktiga enheter för vården i hela sjukvårdsregionen. Dessa sjukhus roll bör vidgas så att de blir ett nav i ett centralt vårdarbete i hela regionen. Det bör därför ankomma på sjukvårdsregionen att besluta om vilka sjukhus som skall vara regionsjukhus.

I dag finns i tre av de sex sjukvårdsregionerna två större sjukhus med dominerande ställning i vården. I två av dessa är ägaren en och samma, dvs. Stockholms läns landsting och region Skåne. I det tredje fallet, Uppsala – Örebroregionen ägs de två sjukhusen av skilda huvudmän, Uppsala läns landsting samt Örebro läns landsting.

I alla dessa tre fall råder en atmosfär mellan de två sjukhusen som kännetecknas av å ena sidan ett komplementärt tänkande i fråga om vård och forskning, å andra sidan konkurrens om resurser och

projekt. Vi är tveksamma till om denna tudelning är optimal ur både resursmässig och kvalitativ synpunkt och anser att en samordning av verksamheten bör ske. Vår uppfattning är inte att regionsjukhusen nödvändigtvis måste vara sammanhållet i en byggnad. Ett regionsjukhus kan omfatta fler enheter som också geografiskt kan vara åtskilda från varandra. Vi ser dock behovet av organisatorisk klarhet så att det finns all anledning att så långt det är möjligt tillse att det i varje sjukvårdsregion finns endast ett regionsjukhus. I det lagförslag som vi presenterar har vi dock valt att inte ange siffran, vi tror dock att denna strävan är väsentlig för en god resurs-hållning inom sjukvårdsregionerna.

I vissa regioner kan det finnas kliniker utanför de centrala sjukhusen som bedriver högspecialiserad regionvård. Denna typ av regionkliniker är precis som regionsjukhusen att se som en gemensam angelägenhet för alla landsting i regionen.

Verksamheten vid regionsjukhusen

Regionsjukhus och regionkliniker bör vara centralt nav för den högspecialiserade vården i regionen. Detta innebär enligt vår uppfattning att bedriva samordnad regionsjukvård samt ansvara för forskning i anknytning till denna. Det innebär också att tillse att den högspecialiserade vårdens stöd på adekvat sätt är tillgängligt i hela vårdkedjan. Därutöver bör man från regionsjukhus och regionkliniker ansvara för samordning av gemensamma vårdprogram, om sjukvårdsregionen beslutar att sådana skall finnas. I vårdprogrammen bör klargöras vilka diagnoser tillstånd som skall behandlas i länssjukvården och i vilka fall behandling skall ske på regionsjukhuset.

Sjukhusen bör också ha roller i fråga om klinisk forskning, vi återkommer till dessa i följande avsnitt.

Regionsjukhusen bör också inom regionerna vara drivande när det gäller etablering av nya vårdmetoder, vårdkvalitet och effektivitet. Program för detta bör organiseras inom regionerna.

14.10 Klinisk forskning

<p>Förslag: Sjukvårdsregionerna bör få ett ansvar för att samordna den kliniska forskningen i regionerna. Landstingens ansvar för finansiering och deltagande kvarstår oförändrat. Inom varje specia-</p>
--

litet bör en regional ansvarig samordnare utses för den kliniska forskningen. Dennes roll bör vara att förmedla kontakter mellan fakultet och sjukvård samt att också vara en kontaktyta utåt. Vetenskapsrådet bör få i uppdrag att kvalitativt utvärdera den kliniska forskningen.

Förutsättningarna att bedriva klinisk forskning upplevs av stora grupper ha försämrats i sjukvården. Vår granskning visar att det i dag finns fler professorer i kliniska ämnen, sker fler disputationer och att det hos flertalet av sjukvårdshuvudmännen finns organisationer för FoU. Bilderna är således inte samstämmiga och entydiga.

Vi kan se att ett antal förändringar skett som sannolikt i grunden ändrat förutsättningarna för klinisk forskning. Till dessa räknar vi:

- den åtskillnad som kommat att ske mellan universitetsklinik och fakultet,
- den i många fall försämrade ställningen för de kliniska professorerna med minskat inflytande över såväl forskningsfinansiering, vårdplanering och patientverksamheter som följd,
- den prekliniska eran som varat under senare år där medel i huvudsak styrts till preklinisk forskning,
- läkemedelsindustrin saknar tydlig motpart i vården,
- forskningsmedel som fördelas efter ansökan i stället för att finnas som naturligt utrymme i verksamheten.

Med bekymmer har vi också noterat de uppfattningar som finns om försämrad kvalitet på svensk klinisk forskning. Då det inte har legat inom projektets ramar att genomföra en utvärdering av forskningskvaliteten väljer vi att notera dessa uppfattningar utan eget ställningstagande.

Vår uppfattning är således inte att det i dag råder ”kris” i klinisk forskning. Däremot kräver de förändringar som har skett att förutsättningarna för forskning inom vården ses över.

Den kliniska forskningen är väsentlig för svensk sjukvård och ger ett mervärde för patienterna av flera skäl:

- ett etablerat vetenskapligt förhållningssätt innebär bättre möjligheter till patientbehandling,
- en närvarande forskning i sjukvården ger även personalgrupper utan akademisk utbildning inblick och delaktighet i problemorienterade arbetssätt

- det stärker patienternas tilltro till svensk sjukvård om vi har en internationellt väl respekterad och ansedd klinisk forskning

Det finns en tradition av högkvalitativ klinisk forskning i Sverige, när den nuvarande prekliniska forskningsperioden ger resultat som skall implementeras i vården måste det finnas en fungerande klinisk forsknings organisation.

Vi ser ett antal viktiga områden för insatser när det gäller forskningens organisation.

- 1) Den akademiska närvaron bör öka i de landsting som saknar medicinsk fakultet. Mycket av den FoU verksamhet som bedrivs i denna grupp av landsting har tonvikt på utveckling. Även på sjukhus i dessa delar av landet bör den kliniska forskningen vara närvarande.
- 2) Då den kliniska professors ställning har ändrats. Det naturliga skulle vara att för varje specialitet utse en samordningsansvarig för kliniska forskningsprojekt inom varje sjukvårdsregion. I samordningsansvaret skulle ligga att ha överblick över pågående forskning, kontakter med fakultet och verksamhet samt att tillse att arbeten inom regionen kvalitetssäkras.
- 3) Samverkan mellan sjukvård och fakultet måste ges fasta ramar och tydliga förutsättningar. Detta kan ske på fler sätt och även om vi skulle se en potential i att speciella institut för klinisk forskning inrättades väljer vi att anpassa våra överväganden till dagens vårdorganisation. I detta har det nytecknade ALF-avtalet en viktig funktion då det ger en arena för regionala ALF-avtal.

Den kliniska forskningen bör samordnas från ett regionsjukhus eller en regionklinik. Eftersom vi ser forskningens närvaro i vården som central för en utvecklad vårdkvalitet bör ett mål vara att den bedrivs vid samtliga i sjukvårdsregionen. Även om samordning sker från regionsjukhuset är det vår uppfattning att den samordningsansvarige mycket väl kan hämtas från länsorganisationen.

För att markera regionsjukhusets betydelse för klinisk forskning anser vi att forskarutbildning är en av fler viktiga kompetenser vid sjukhuset. Detta innebär att vi ser ett direkt värde av att meritkrav

ställs för tjänster som överläkare, och att man tillskapar tjänster för sköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter med krav på forskarmeritering för verksamhetsutveckling inom dessa områden. Vi avser dock inte att detta skall gälla som krav för chefstjänster då det är annan kompetens än den vetenskapliga som är central för att kunna utöva ett fullgott ledarskap. I fråga om meritkrav för tjänster m.m. är detta endast att se som rekommendationer till landstingen som formellt har att besluta i dessa delar.

För de regionala forskningsorganisationerna ser vi därutöver inga skäl att föreslå en enhetlig utformning utan de bör utformas av sjukvårdsregionerna så att de bäst passar de givna förutsättningarna i regionen.

I syfte att pröva de uttalanden om låg kvalitet i klinisk forskning som kommit projektet till del bör Vetenskapsrådet för medicin få i uppdrag att göra en kvalitativ utvärdering av den kliniska forskningen i landet.

14.11 Förslagets form

Vi föreslår att en ny lag om högspecialiserad sjukvård beslutas av riksdagen. I det förslag vi utarbetat inryms bestämmelser om högspecialiserad riks- och regionsjukvård. Vi föreslår också en ändring av hälso- och sjukvårdslagens § 26 b för reglering av sjukvårdsregionernas ansvar för klinisk forskning. Inrättandet av rikssjukvårdsnämnden bör regleras genom Socialstyrelsens regleringsbrev. Vi föreslår också att förordningen om rikets indelning i sjukvårdsregioner ändras så att regionernas benämning korrekt återspeglar den lokala opinionen.

14.12 Konsekvenser av projektgruppens förslag

Våra förslag får konsekvenser för Socialstyrelsen, sjukvårdsregionerna samt för forskningsorganisationen. Vi utveckla kortfattat dessa i det följande.

Socialstyrelsen

I våra förslag ges Socialstyrelsen en helt ny roll som beslutande om rikssjukvård. I och med att vi sagt att rikssjukvården också skall vara evidensbaserad berörs också gränssnittet mellan

Socialstyrelsen och SBU. Vi bedömer inte att Socialstyrelsen i dag är redo att axla den roll vi föreslagit, hur detta skall ske bör bli föremål för ytterligare överväganden i den mån man beslutar att genomföra våra förslag.

Sjukvårdsregionerna

Vi föreslår att regionerna får en tydligare reglerad roll och verksamhet samt att nya uppgifter tillförs verksamheten när det gäller forskningen. Vi bedömer inte att denna uppgift innebär ökade kostnader för landstingen, detta bör kunna lösas genom omdisponering av dagens ramar.

Forskningsorganisationerna

När det gäller den kliniska forskningen är det särskilt viktigt att genomföra förslagen med stor försiktighet så att fördelarna med nuvarande organisationer bibehålls och det regionala ansvaret blir, som åsyftat, ett sätt att underlätta samband mellan sjukhus och universitet. Konsekvenserna kortsiktigt bör inte bli så stora.

Konsekvenser vid framtida förändringar

Det system vi föreslår är utformat så att det kan vara bestående även vid eventuella mer genomgripande förändringar av huvudmannskapsfrågor inom sjukvården. Skulle vården t.ex. komma att förstatligas kan systemet enkelt transformeras till ett inomstatligt styrsystem.

15 Författningskommentar

Förslaget till lag om högspecialiserad vård

1 §

I första stycket definieras högspecialiserad vård. Med begreppet samordnas förstås att sjukvården förläggs till ett sjukhus eller en annan typ av vårdenhet med invånarna i mer än ett landsting som målgrupp.

Enligt andra stycket skall sjukvården samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas. I dag saknas system för att mäta och för att jämföra kvalitet och ekonomi i sjukvården. Vi föreslår dock i avsnitt 14 att sådana system skall utarbetas, och det är dessa som bör kunna utgöra underlag för beslut.

2 §

Om landets indelning i sjukvårdsregioner finns bestämmelser i 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt i förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård.

3 §

I paragrafen definieras regionsjukvård som sjukvård som samordnas för invånarna i minst två av regionens landsting.

4 §

I paragrafen föreslås i första meningen att det för samverkan i en sjukvårdsregion skall vara obligatoriskt med en sådan gemensam nämnd som avses i 3 kap. 3 a § kommunallagen (1991:900). Nämnden kallas i lagförslaget regionsjukvårdsnämnd. Syftet med bestämmelsen är att ge sjukvårdsregionen bättre möjligheter att fullgöra de samordnade uppgifterna. Bestämmelsen innebär i sig ett avsteg från kommunallagens bestämmelser om att landstingen själva beslutar om vilka nämnder som skall finnas. Bestämmelsen motiveras emellertid av allmänintresset att sjukvårdsregionen har möjlighet att agera samfällt.

I andra meningen frånfalles kravet på gemensamma nämnd om man i regionen i stället bestämmer sig för att bedriva den samordnade verksamheten i ett kommunalförbund eller ett gemensamt ägt aktiebolag. I båda fallen uppfyller man samma syfte som med en särskild regionsjukvårdsnämnd, att det blir ett samfällt agerande inom regionen.

5 §

Om de landsting som ingår i regionen beslutar att inrätta en regionsjukvårdsnämnd, bör den samordnade verksamheten regleras genom ett samverkansavtal. Föredrar man i stället att driva verksamheten genom ett kommunalförbund eller ett gemensamt ägt bolag, så finns det för dessa associationer regler om i vilka former verksamheten skall bedrivas.

På de regionala samverkansavtalen bör ställas vissa gemensamma grundkrav. Avsikten är att i en särskild förordning lägga fast bl.a. antalet ledamöter i nämnden, dess arbetsformer, verksamhetens omfattning och hur denna skall finansieras.

6 §

Regionsjukvårdsnämnden får bestämma vilken sjukvård som skall samordnas i regionen och till vilket sjukhus eller annan enhet denna skall vara lokaliserad. Enligt lagförslaget får nämnden även besluta att viss regionsjukvård skall bedrivas vid en sjukvårdsenhet utanför regionen.

Enligt 18 § får en regionsjukvårdsnämnds beslut enligt denna paragraf överklagas hos Socialstyrelsen av ett landsting som ingår i regionen.

7 §

Första stycket. Bestämmelsen syftar till att ge underlag för regionerna att bygga en tydlig och enhetlig regional vårdstruktur. Förslaget att det skall utses ett eller flera regionsjukhus inom regionen skall också ses mot bakgrund av behovet att ha gemensamma linjer för den samordnade verksamheten, där organisatoriska likheter har en roll och betydelse för klarhet.

Regionsjukhuset behöver inte vara avgränsat till en byggnad utan kan omfatta flera enheter inom en region. När det gäller samverkan med medicinsk fakultet är tanken att den i första hand skall ske med en fakultet vid ett universitetssjukhus i regionen eller som är beläget närmast regionen. I fråga om samverkan mellan de medicinska fakulteterna och landstingen finns ett särskilt avtal.

I andra stycket understryks att det är nämnden som beslutar om vilka sjukhus eller kliniker som skall vara regionsjukhus eller regionkliniker.

8 §

Med vårdprogram avses strukturerade specialitetsvisa dokument som klargör vilken typ av insatser som skall utföras på regionens olika sjukhus eller kliniker. Med insatser avses då såväl diagnostiska metoder, behandling genom vård på institution och operativa ingrepp som habilitering och rehabilitering. Även om programmet utarbetas inom den regionala nämnden bör de, i den mån de innebär mer omfattande åtaganden fastställas av fullmäktige i de landsting som ingår i regionen.

9 §

Avgränsningen av begreppet rikssjukvård utgår från upptagningsområdet, som är hela riket. Inget hindrar dock i och för sig att viss rikssjukvård utförs utanför landets gränser.

10 §

Avsikten är att de verksamheter som Socialstyrelsen fastställer som rikssjukvård skall vara väl definierade. Enskilda insatser inom en specialitet skall kunna ses som rikssjukvård. Detsamma kan gälla behandling av mer generella sjukdomstillstånd eller sällan förekommande sjukdomstillstånd som t.ex. drabbbar personer med vissa typer av handikapp.

11 §

Ansökan om tillstånd att få bedriva rikssjukvård skall prövas av Socialstyrelsen mot bakgrund av de krav som uppställs i 1 § andra stycket om att en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet skall kunna säkerställas. De villkor som Socialstyrelsen förutsätts uppställa för tillstånd till rikssjukvård kan gälla att det exempelvis skall finnas vissa kompetenser i organisationen eller att det skall utföras ett visst antal operativa ingrepp per år.

Villkoren skall syfta till att säkerställa att förutsättningarna enligt 1 § är uppfyllda så länge tillståndet gäller. Socialstyrelsens beslut att ej bevilja tillstånd till rikssjukvård skall således motiveras i första hand från patientsäkerhet.

Förslaget innebär en begränsning av landstingens självstyre genom att landstingets möjligheter att själv besluta om vilken vård man bedriver något inskränks. Vi bedömer dock att denna åtgärd väl motiveras av det stora allmänintresse som finns i att säkerställa en hög vårdkvalitet i alla led. Inrättandet av rikssjukvårdsnämnden ger också landstingen goda möjligheter att bli delaktiga i myndighetens beslut.

12 §

Den utveckling som ständigt sker inom vården ställer krav på att också behandlingsformerna förändras och utvecklas. Det ligger i patienternas intresse att metoderna inom vården uppdateras systematiskt. Bestämmelsen i denna paragraf syftar till att ge Socialstyrelsen befogenhet att se till att detta sker.

13 §

Bestämmelsen har tillkommit för att ge Socialstyrelsen en möjlighet att garantera sjukhus och enheter som fått tillstånd till sådan vård ett tillräckligt stort antal patienter för att verksamheten skall kunna bedrivas i enlighet med de villkor som uppställts. Förslaget ändrar inte ansvarsfördelningen mellan landsting och stat då Socialstyrelsen enligt bestämmelser i lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) får vidta åtgärder mot vårdgivare som inte uppfyller kraven på en god vård, i praktiken innebär således detta endast en mindre förskjutning av myndighetens roll.

14 §

Paragrafen reglerar Rikssjukvårdsnämndens sammansättning och uppdrag. Sjukvårdsregionerna skall så långt möjligt göras delaktiga i beslut om rikssjukvård. Nämndens beslut bör därför vara vägledande för Socialstyrelsen så länge kraven i 1 § andra stycket iakttas. Enligt lagförslaget skall det ingå en ledamot från varje sjukvårdsregion i nämnden. Regeringen förutsätts utnämna ordförande i nämnden.

15 §

Socialstyrelsen har enligt bestämmelserna i LYHS en möjlighet att förbjuda viss verksamhet när det föreligger missförhållanden. Den nu föreslagna bestämmelsen går längre och ger Socialstyrelsen befogenhet att besluta att verksamheten skall upphöra, även när det inte föreligger några missförhållanden. Det räcker att den högspecialiserade vården bedrivs utan att en tillräckligt god kvalitet kan säkerställas. Någon särskild sanktion har inte ansetts behövlig.

16 §

Bestämmelsen har tillkommit för att ge socialstyrelsen en möjlighet att genomföra en aktiv uppföljning av den samordnade sjukvården. Bestämmelsen i andra stycket är avsedd att komplettera bestämmelsen i 12 § om villkor som Socialstyrelsen föreskriver för tillstånd till rikssjukvård.

Förslaget till

**Lag om förslag till ändring av Hälso- och sjukvårdslagen
(1982:763)**

HSL 26 b § Ändringen innebär att sjukvårdsregionerna får ett ansvar för att samordna den kliniska forskningen i regionerna. Med samordna avser vi både att ha överblick och också kvalitetssäkring i forskningsledning i den mån sådana behov finnes.