

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet

Regeringen beslutade den 2 maj 2002 att i Socialdepartementet inrätta ett projekt för att göra en översyn av den högspecialiserade sjukvården. Vissa frågor rörande klinisk forskning skulle också prövas av projektgruppen.

Projektet vill med föreliggande rapport Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56) redovisa resultatet av arbetet. Utredningsarbetets uppläggning och genomförande framgår av inledningskapitlet.

För utredningsarbetet har en projektgrupp svarat. Arbetet har letts av kanslichefen Per Bengtsson, ämnesrådet Ann-Christin Filipsson, professorn och f.d. sjukhusdirektören Gudmar Lundqvist samt professorn Lennart Persson. Samtliga har under utredningsarbetet varit förordnade som ämnessakkunniga i Socialdepartementet.

Projektgruppen svarar själv för sina förslag. De experter som varit kopplade till projektet har i eget namn producerat promemorior för att belysa vissa områden särskilt, dessa är fogade till betänkandet som bilagor.

Stockholm den 26 november 2003

Per Bengtsson

Ann-Christin Filipsson

Gudmar Lundqvist

Lennart Persson

# Innehåll

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>11</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>17</b>
<b>1 Inledning</b> .....	<b>21</b>
1.1 Direktiven.....	21
1.2 Utredningsarbetets organisation.....	22
1.3 Utredningsarbetet.....	23
1.4 Centrala begrepp.....	24
1.5 Betänkandets disposition.....	27
<b>2 Den högspecialiserade vårdens utveckling och framväxt</b> .....	<b>29</b>
2.1 Ett historiskt perspektiv .....	29
2.2 Regionvårdsutredningen.....	30
2.3 Regionsjukvårdsutredningen.....	31
2.4 Riksplanering av högspecialiserad sjukvård 1978 – 1989.....	32
2.5 Landstingsförbundets utredning av rikssjukvård.....	34
<b>3 Styrningen av sjukvård</b> .....	<b>37</b>
3.1 Styrning av hälso- och sjukvård .....	37
3.2 Landstingens sjukvård .....	39

3.3	Regionsjukvården .....	40
<b>4</b>	<b>Sjukvårdens organisation .....</b>	<b>43</b>
4.1	Primärvård .....	43
4.2	Länssjukvård .....	44
4.3	Regionvård .....	45
4.4	Rikssjukvård .....	46
4.5	Verksamheten vid Regionsjukhusen/Universitets sjukhusen .....	48
4.6	Ambulans – helikoptersjukvårdens utveckling.....	50
4.7	Högspecialiserad verksamhet i sjukvårdsregionerna.....	52
<b>5</b>	<b>Intervjuer med landstingen .....</b>	<b>59</b>
<b>6</b>	<b>Klinisk forskning.....</b>	<b>63</b>
6.1	Avgränsning av arbetet.....	63
6.2	Ansvarsförhållanden för forskning .....	63
6.3	Om forskning .....	71
6.4	Nuläge .....	76
6.5	Förändringar .....	86
6.6	Diskussion .....	89
6.7	Problemområden .....	92
6.8	Slutsatser .....	98
<b>7</b>	<b>Nationella planer .....</b>	<b>99</b>
7.1	Bakgrund.....	99
7.2	Regionala vårdprogram i cancervården .....	100
7.3	Nationella planer per diagnos/sjukdomsgrupp i relation till nationella riktlinjer .....	101

7.4	Pågående utredningsarbete.....	102
7.5	Analys .....	103
<b>8</b>	<b>Internationellt samarbete inom vården.....</b>	<b>107</b>
8.1	Sverige.....	107
8.2	Norden .....	110
8.3	Europeiska unionen .....	114
8.4	Framtida internationellt samarbete om högspecialiserad vård.....	117
<b>9</b>	<b>Den högspecialiserade vårdens organisation – internationell utblick .....</b>	<b>123</b>
9.1	Finland.....	123
9.2	Danmark.....	125
9.3	Norge.....	128
9.4	Frankrike .....	129
9.5	Schweiz .....	130
9.6	Spanien.....	131
9.7	Tyskland .....	131
9.8	Storbritannien .....	133
<b>10</b>	<b>Samband mellan volymer och kvalitet i sjukvård .....</b>	<b>137</b>
<b>11</b>	<b>Personalförsörjning.....</b>	<b>145</b>
11.1	Sårbarhet.....	146
11.2	Rekryterings och kompetensutvecklingsansvar.....	147
<b>12</b>	<b>Framtiden .....</b>	<b>149</b>
12.1	Befolkningsutvecklingen .....	149
12.2	Medicinsk teknisk utveckling.....	150

12.3	Internationellt samarbete.....	151
12.4	Konsekvenser.....	152
<b>13</b>	<b>Slutsatser .....</b>	<b>155</b>
<b>14</b>	<b>Förslag .....</b>	<b>159</b>
14.1	Utgångspunkter.....	159
14.2	Behöver rikssjukvården styras bättre? .....	160
14.3	Nationell styrmodell för rikssjukvården.....	163
14.4	Vad skall vara rikssjukvård? .....	164
14.5	Lokalisering av rikssjukvård .....	168
14.6	Etablering av nya behandlingar inom högspecialiserad vård.....	176
14.7	Nationella planer för diagnos- eller sjukdomsgrupper .....	176
14.8	Regionsjukvården .....	177
14.9	Regionsjukhusets roll.....	183
14.10	Klinisk forskning.....	185
14.11	Förslagets form.....	188
14.12	Konsekvenser av projektgruppens förslag.....	188
<b>15</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>191</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b>.....</b>	<b>199</b>
<b>Bilaga 2</b>	<b>.....</b>	<b>207</b>
<b>Bilaga 3</b>	<b>.....</b>	<b>231</b>
<b>Bilaga 4</b>	<b>.....</b>	<b>245</b>
<b>Bilaga 5</b>	<b>.....</b>	<b>273</b>

<b>Bilaga 6</b> .....	<b>283</b>
<b>Bilaga 7</b> .....	<b>297</b>
<b>Bilaga 8</b> .....	<b>389</b>
<b>Bilaga 9</b> .....	<b>403</b>

# Sammanfattning

Begreppet högspecialiserad sjukvård används vanligen som en allmän benämning på sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller som på annat sätt intar en framskjutande position i vården, vanligtvis med en resurskoncentration som följd. Då en sådan allmän beskrivning är svårt att operationalisera och systematisera har vi valt en arbetsdefinition med något annorlunda utgångspunkt. Vi har således valt att se högspecialiserad sjukvård som sjukvård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (regionsjukvård) eller riket (rikssjukvård) som upp-tagningsområde.

I arbetet har vi genomgående utgått från patientens intresse av högspecialiserad sjukvård av hög kvalitet med hög tillgänglighet till lägsta möjliga kostnad. Det sista då vi ser det som självklart att ständigt sträva efter en effektiv sjukvård.

Kartläggningen har genomförts genom intervjuer, enkätundersökningar samt studier av offentligt tryck och vetenskaplig litteratur. För arbetet har en projektgrupp i Socialdepartementet ansvarat. Projektgruppen svarar själv för sina analyser och förslag.

Högspecialiserad sjukvård är i dag en mindre del av det totala vård utbudet (ca 6 %) men fyller en viktig del i vårdkedjan. Genom dess karaktär av spetskompetens är också en stor del av sjukvårdens utveckling nära länkad till det högspecialiserade området. Vår bedömning är att Sverige har en högspecialiserade sjukvård av internationellt sett hög kvalitet, med hög tillgänglighet för patienten. Kostnadsutvecklingen har dock under senare år varit högre än för annan sjukvård.

I skenet av en fortsatt hög kostnadsutveckling, en åldrande befolkning och nya genombrott inom den kliniska forskningen ser vi några områden där åtgärder krävs för att skapa nya styrprocesser inom vården för en utvecklad styrning mot kvalitet och effektivitet.

Under sent 50-talet skapades dagens sjukvårdsregioner som efter enstaka justeringar i början på 80-talet ännu kvarstår. Då etablerades ett antal specialiteter som högspecialiserade regionspecialiteter. I dag är situationen en annan, inom flertalet specialiteter sker aktiviteter i form av ingrepp, diagnostisering eller andra typer av behandlingar som kan beskrivas som högspecialiserade samtidigt som det inom specialiteten också utförs verksamhet av karaktär basjukvård. Vi föreslår således att fokus flyttas från specialiteten till den medicinska aktiviteten.

Vi föreslår också att det regionala samarbetet stagas upp genom att samverkan i regionen skall ske från en gemensam nämnd, bolag eller kommunalförbund. Syftet är att skapa en grund för ett utökat samarbete i sjukvårdsregionen och därmed ge grund för fortsatt utveckling av vården. Dagen sjukvårdsregioner skiljer sig åt kraftigt genom stora skillnader i struktur och befolkningsunderlag. Regionernas ursprungliga syfte, att de skulle innefatta ca 1 miljon invånare och ha en medicinsk fakultet gäller inte längre. Vi har därför prövat frågan om ändring av indelningen i sjukvårdsregioner. Det saknas i dag helt intresse för ändringar i indelningen i sjukvårdsregioner bland landstingen. Uppenbart är att man upplever att verksamheten fungerar förhållandevis bra. Den fastare organisatoriska form som vi föreslår uppfattar vi stämma väl överens med landstingens arbetsinriktning där vi tror att landstingen självmant finner anledning att delta och arbeta för gemensam nytta. Vi avstår därför från att lägga fram förslag i denna del.

Av stor betydelse i det regionala arbetet är att olika vårdnivåer identifieras och att rollerna för dessa inom de olika specialiteterna klarläggs. Därför föreslår vi att regionala vårdprogram utarbetas för varje specialitet i regionen. I detta arbete bör de medicinska professionerna få stort utrymme samtidigt som det bör ankomma på politiker och tjänstemän att skapa goda organisatoriska förutsättningar för arbetet och också ställa ekonomiska och organisatoriska krav på effektivisering. Vår uppfattning är således att ansvaret för att finansiera och producera högspecialiserad sjukvård, liksom all sjukvård även i framtiden bör ligga på landstingen.

Eftersom den högspecialiserade sjukvården är svår att avgränsa från vårdkedjan ser vi inte någon möjlighet eller några vinster med ändrade huvudmannaskap i den delen. I den mån det skulle vara möjligt att begränsa universitetssjukhusens vårdutbud till enbart riks- eller regionsjukvård så skulle ett ändrat huvudmannaskap i denna del kunna vara en tänkbar möjlighet. I samtliga fall bedriver dock dagens universitetssjukhus en verksamhet med en stor andel



bassjukvård bedömer vi inte heller detta som möjligt. Svårhanterliga gränssnitt mellan statens och landstingets ansvar skulle då uppstå. Sådana partiella skiften av huvudmannaskap är snarast ägnade att skapa organisatorisk förvirring. Vår uppfattning är att sjukvården inte gynnas av detta.

Givetvis följer då frågan om ett förstatligande av sjukvården som helhet. Ett sådan övervägande måste grundas på en noggrann analys av hur ett ändrat huvudmannaskap ger bättre förutsättningar för patienter att få vård, att korta vårdköer eller att på annat sätt bidra till en höjning av vårdkvaliteten. Ett förstatligande av sjukvården är en mycket stor fråga och kan diskuteras utifrån ett antal olika aspekter. Vi gör inga anspråk på att ha gjort en heltäckande analys men vill likväl lyfta fram den påtagliga risk vi ser för att ett förstatligande skulle bli en svår process med stora risker för kostnadsökningar utan att motsvarande förbättringar av vårdkvalitet uppnås.

I regionerna ser vi tydliga behov av centrala vårdenheter att utgöra nav för vårdutveckling, multidisciplinära aktiviteter, utbildning och samordning av klinisk forskning. Vi väljer att kalla dessa enheter för regionsjukhus eftersom vi inte ser det som rimligt att begränsa användningen av uttrycket universitetssjukhus. I varje region skall finnas regionsjukhus. Vi föreslår inga begränsningar av antalet men vår uppfattning är att man så långt det är möjligt bör sträva efter att begränsa antalet. I de regioner där det finns två enheter där i dag högspecialiserad vård bedrivs är det vår förhoppning att en samordning sker. Patienternas sak främjas inte av den rivalitet som förefaller råda mellan stora sjukhus i en region. Svårigheter att samverka och samarbeta leder i stället till negativa effekter genom dubblerade kostnader och sämre effektivitet. Ett regionsjukhus behöver inte bestå av ett antal byggnader inom ett lätt avgränsbart geografiskt sammanhållet område. De möjligheter som modern teknik ger för samverkan skapar också förutsättningar att inom samma organisation bedriva verksamhet vid sjukhus som ligger geografiskt skilda från varandra.

Som komplement till regionsjukhus bör vissa kliniker vid enheter utanför dessa kunna ges status som regionkliniker. Om regionsjukhus och regionkliniker skall regionsjukvårdsnämnden besluta.

När det gäller rikssjukvården föreslår vi att Socialstyrelsen får i uppdrag att besluta om vad som skall vara rikssjukvård samt fatta beslut om var den skall förläggas. I myndigheten inrättas en nämnd, rikssjukvårdsnämnden, bestående av representanter för sjukvårdsregionerna och med ordförande som utses av regeringen. Nämndens rekommendationer skall vara vägledande för Socialsty-

relsens beslut. Härigenom ges sjukvårdshuvudmännen långt gånga möjligheter att bli delaktiga i besluten och att påverka deras inriktning. Genom att beslut om förläggning av rikssjukvård kan komma att vara myndighetsutövning mot enskilt landsting så kan inte nämnden vara den slutligt beslutande på grund av den påtagliga jävsituationen.

Som stöd för beslut om rikssjukvård skall analyser genomföras av behovet av att samordna verksamhet av kvalitativa skäl. I detta skall Socialstyrelsen samverka med sjukvårdens professioner, med möjlighet för enskilda läkare att ta initiativ gentemot myndigheten för att påtala behov av koncentration av viss verksamhet av kvalitativa skäl. Sådana analyser saknas i dag. Därutöver skall system för kvalitativa och ekonomiska jämförelser mellan olika enheter utarbetas. Härigenom är det vår förhoppning att det skall finnas sådana tydliga underlag för beslut om rikssjukvård att dessa blir enkla att fatta och självklara till sin utformning.

När det gäller medicinsk klinisk forskning som vi inom ramen för uppdraget kartlagt och analyserat har vi i grunden sympati för de synpunkter som framförts om enat huvudmannaskap för vård och forskning. Vi ser dock inte den kliniska forskningens problem som så alvarliga att de motiverar en huvudmannskapsförändring. Vi har redan konstaterat att sådana förändringar skulle få stora konsekvenser för vårdens organisation, vi bedömer flertalet av dem som negativa. Det är inte heller rimligt att forskningens villkor helt skall få styra sjukvårdens organisation. Det är också i denna typ av scenariobyggande svårt att finna organisatoriska former som skulle tillfredställa både forskning och sjukvård. Vi ser t.ex. universitetens styrnings och ledningsformer som fullständigt olämpliga för att driva sjukvård, på samma sätt ser vi det som olämpligt att låta vårdens organisation bli hemvist för de medicinska fakulteterna. Vi har också erfarit att den kliniska forskningens problem förefaller vara ett internationellt fenomen som förefaller existera oberoende av vårdorganisation.

Både i sjukvården som i universitetsväsendet har förändringar skett som åsyftat större lokal självständighet. Den kliniska forskningen, som är beroende av båda dessa världar, har kommit att bli ett mellanled mellan dessa. Vi är därför tveksamma till om centrala initiativ kan lösa de problem som finns kopplade till organisationen. Enligt vår uppfattning bör det i första hand ankomma på de lokala parterna genom fakulteterna å ena sidan och landstingen å den andra att tillsammans finns en organisatorisk form för klinisk forskning. I detta arbete har sjukvårdsregionen en viktig roll och vi

föreslår därför att den kliniska forskningen som bedrivs i landstingen skall samordnas av sjukvårdsregionerna. Vi föreslår också att det i varje sjukvårdsregion skall utses en person inom varje kliniskt forskningsområde med samordningsansvar för kliniska forskningsarbeten inom området. Detta gäller således inte enbart de medicinska professionerna utan också t.ex. omvårdnadsområdet.

Vi lämnar förslag till en lag om högspecialiserad sjukvård och förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen.

# Författningsförslag

## 1 Förslag till lag om högspecialiserad sjukvård

Härigenom föreskrivs följande.

### Inledande bestämmelser

1 § Med högspecialiserad sjukvård avses hälso- och sjukvård som kräver att vården samordnas mellan två eller flera landsting. Sådan vård indelas i regionsjukvård och rikssjukvård.

Högspecialiserad sjukvård skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

#### *Regionsjukvård*

2 § Om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landsting (sjukvårdsregioner) finns särskilda bestämmelser.

3 § Som regionsjukvård anses sjukvård som samordnas med en sjukvårdsregion som upptagningsområde.

4 § De landsting som ingår i en sjukvårdsregion skall samverka i en gemensam nämnd. Samverkan kan i stället ske genom ett kommunalförbund eller ett gemensamt ägt bolag.

5 § Om en gemensam nämnd inrättas, skall den samordnade verksamheten i sjukvårdsregionen regleras i ett avtal om samverkan

mellan de landsting som ingår i regionen. Om samverkansavtalet finns särskilda bestämmelser.

6 § Regionsjukvårdsnämnden beslutar om vilken sjukvård som skall samordnas inom regionen samt till vilken enhet den skall samordnas. Regionsjukvård kan även bedrivas vid en enhet utanför regionen.

7 § Inom varje sjukvårdsregion skall finnas ett eller flera regionssjukhus i nära samverkan med den medicinska fakulteten vid ett universitet. Vid andra sjukhus i regionen kan också finnas regionkliniker med ett övergripande ansvar för en samordnad verksamhet med högspecialiserad vård.

Regionsjukvårdsnämnden beslutar om regionssjukhus och regionkliniker.

8 § Särskilda vårdprogram skall upprättas för de samordnade specialiteterna inom den högspecialiserade vården i en region.

Av vårdprogrammen skall framgå hur samarbetet inom de olika specialiteterna skall utformas. Särskilt skall anges vilka uppgifter som de centrala klinikerna vid regionssjukhuset skall ha och hur dessa skall samverka med övriga sjukhus i regionen.

#### *Rikssjukvård*

9 § Med rikssjukvård avses sjukvård som samordnas med riket som upptagningsområde.

10 § Regeringen eller efter regeringen bestämmande Socialstyrelsen fastställer vilka verksamheter som skall utgöra rikssjukvård.

11 § För att få bedriva rikssjukvård krävs tillstånd av Socialstyrelsen. Sådant tillstånd skall vara tidsbegränsat och lämnat under de villkor som Socialstyrelsen föreskriver.

12 § Tillstånd att bedriva rikssjukvård får återkallas om de villkor som föreskrivits för verksamheten inte uppfylls eller om kvaliteten på tjänsten inte står i överensstämmelse med vad som kan krävas med hänsyn till den utveckling som varit inom hälso- och sjukvården sedan tillståndet lämnades.

13 § Om ett sjukhus bedriver rikssjukvård utan tillstånd, får socialstyrelsen förelägga landstinget att upphöra med verksamheten. Föreläggandet får förenas med vite.

#### *Rikssjukvårdsnämnden*

14 § I Socialstyrelsen skall finnas en rådgivande nämnd, Rikssjukvårdsnämnden. Denna skall höras innan beslut fattas om rikssjukvård.

I nämnden skall ingå en ledamot från varje sjukvårdsregion.

#### *Övriga bestämmelser*

15 § Socialstyrelsen skall noga följa högspecialiserad vård som bedrivs enligt denna lag.

16 § Socialstyrelsen får infordra de uppgifter som styrelsen behöver för att fatta beslut enligt denna lag.

För att få underlag till ekonomiska jämförelser mellan olika sjukvårdsenheter får Socialstyrelsens villkor enligt 12 § innefatta anvisningar om hur redovisningen av kostnader skall ske.

17 § Socialstyrelsens beslut enligt denna lag får överklagas hos allmän förvaltningsdomstol.

Regionsjukvårdsnämnds beslut enligt 6 och 7 §§ får överklagas hos Socialstyrelsen av ett landsting som ingår i sjukvårdsregionen.

---

Denna lag träder i kraft den

## 2 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*  
§ 26 b

Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra samt med berörda universitet och högskolor. Lag (1996:1289).

Landstingen och kommunerna skall medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forskningsarbete på hälso- och sjukvårdens område samt av folkhälsovetenskapligt forskningsarbete. *Den kliniska forskningen skall samordnas av sjukvårdsregionerna.* Landstingen och kommunerna skall i dessa frågor, i den omfattning som behövs, samverka med varandra inom sjukvårdsregionerna samt med berörda universitet och högskolor. Lag (1996:1289).

# 1 Inledning

## 1.1 Direktiven

Regeringen har under senare år tagit ett antal initiativ för att stärka det svenska sjukvårdssystemet. I samarbete med sjukvårdshuvudmännen har ett flertal åtgärder, främst riktade mot primärvården, vidtagits för att råda bot på konkreta brister och för att stärka sjukvården. Regeringen beslutade den 2 maj 2002 att inrätta ett projekt för att närmare analysera förutsättningar, utmaningar samt framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen. Syftet med arbetet var bl.a. att skapa förutsättningar för att ge möjligheter till en god utveckling och en effektiv resursanvändning i den högspecialiserade sjukvården. I en särskild PM som fogades till regeringsbeslutet (2002-05-02 nr 50 c) återfanns en beskrivning av uppdraget. Projektet skulle enligt direktiven bl.a. kartlägga:

- Universitetssjukhusens roll i hälso- och sjukvården och deras betydelse
- Ansvarsfördelning för klinisk forskning, utveckling och utbildning.
- Den högspecialiserade vårdens nuvarande omfattning, inriktning och roll i vårdkedjan.
- Dimensionering, koncentration samt former för samordning, styrning och ledning av den högspecialiserade vården.
- Effekter och dynamiska skeenden inom hälso- och sjukvården till följd av den förväntade medicinska, medicintekniska och informationsteknologiska samt demografiska utvecklingen, med speciellt fokus på den högspecialiserade vården.



- Huruvida planer för vissa diagnos- och sjukdomsgrupper kan vara ett bra redskap för att utveckla/förbättra den hög-specialiserade vården.
- Effekterna på den högspecialiserade vården av ett ökat EU-samarbete kring hälso- och sjukvårdstjänster.
- Analys av universitetssjukhusens roll i hälso- och sjukvården och deras betydelse samt nuvarande ansvarsfördelning för klinisk forskning, utveckling och utbildning.
- Förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning inom vården samt för att sprida de resultat som nås.

## 1.2 Utredningsarbetets organisation

### *Projektgrupp*

En projektgrupp i Regeringskansliet (Socialdepartementet (S 2002:D)) har ansvarat för utredningsarbetet. Projektgruppens arbete har letts av Per Bengtsson, i projektgruppen i övrigt har Lennart Persson, Gudmar Lundqvist samt Ann-Christin Filipsson ingått samtliga har under arbetet varit förordnade som ämnessakkunniga i Socialdepartementet. Projektgruppen svarar ensam för de förslag som presenteras.

### *Referensgrupp*

Till projektet har en referensgrupp med företrädare för landstingen samt centrala statliga myndigheter varit kopplad, i referensgruppen förordnades den 13 september 2002; avdelningschefen Catarina Andersson Forsman, landstingsdirektören Jan Brithon, direktören Lars-Åke Flood, direktören Ellen Hyttsten, direktören Egon Jonsson, avdelningschefen Bo Lindblom, landstingsdirektören Tore Löwstedt, statssekreteraren Mikael Sjöberg samt bitr. landstingsdirektören Göran Stiernstedt. Mikael Sjöberg förordnades som ordförande i gruppen. Egon Jonsson entledigades från uppdraget den 7 april 2003, från samma datum förordnades generaldirektören Nina Rehnqvist att ingå som ledamot i referensgruppen. Direktören Lars-Åke Flood entledigades från uppdraget på egen begäran fr.o.m. den 7 april då utredaren Kerstin Sjöberg förordnades i hans ställe.

### *Experter*

Följande personer har förordnats att från den 15 november 2002 biträda projektgruppen såsom experter: professorn Peter Aspelin, hälso- och sjukvårdsdirektören Johan Calltorp, sjukhusdirektören Karin Christensson, landstingsdirektören Arne Johansson, professorn Peter Lönnroth, professorn Jan Nilsson, landstingsdirektören Anna-Stina Nordmark-Nilsson, administrative direktören Bengt Norrving, professorn Ingalill Rahm Hallberg och professorn Birgitta Strandvik.

Anna-Stina Nordmark-Nilsson entledigades den 1 januari 2003 och i hennes ställe förordnades professorn Olle Stendahl.

Experterna har som underlag för projektets ställningstaganden utarbetat promemorior. För dessa promemoriors innehåll svarar experterna själva. Promemoriorna fogas till detta betänkande som bilaga.

## **1.3 Utredningsarbetet**

### *Intervjuer*

Representanter för projektgruppen har genomfört intervjuer med ledande företrädare för samtliga sjukvårdshuvudmän (21 st). Fler-talet (19 st) av dessa skedde i residensstäderna, en i Stockholm samt en på telefon.

Intervjuer har också genomförts med kanslicheferna vid samtliga samverkansnämnder samt med ett flertal direktörer vid universitetssjukhusen. Gruppen har i övrigt arbetat utåtriktat och deltagit vid ett flertal sammankomster.

### *Enkätundersökning*

I en enkät ställd till medicinska fakulteter och universitetssjukhusen har basfakta kring klinisk forskning samlats in.

### *Övrigt utredningsarbete*

Projektgruppen har därutöver medverkat i ett stort antal möten och seminarier med olika grupperingar. Därutöver har utredningsarbetet har bedrivits genom studier av riksdagstryck, promemorior

och beslut som rör sjukvårdens organisation på riks- och regionplanen. Vi har generellt eftersträvat ett öppet förhållningssätt.

Projektet har i en PM som färdigställdes i februari 2003 behandlat frågan om nationella planer för diagnos- eller sjukdomsgrupper. I juni redovisade projektet vissa överväganden om Riks- och regionsjukvård i en särskild PM och i oktober producerades en promemoria om Klinisk forskning.

Under utredningsarbetet har, under Socialministerns ledning, möten hållits med företrädare för det vårdanknutna näringslivet, med sjukvårdens personalorganisationer samt med patient och pensionsorganisationerna

## 1.4 Centrala begrepp

Vi har mött flera begrepp och uttryck som har en flitig användning i daglig diskussion av sjukvårdsanknutna frågeställningar men där exakt specificerad betydelse saknas. För att undvika den förvirring som kan orsakas av att denna typ av begrepp används fritt anger vi här vad vi åsyftar med dem. Vi är medvetna om att dessa begrepp i andra sammanhang ibland använts med något annorlunda betydelse. Vårt syfte är här är enbart att tydliggöra hur de används i detta betänkande och vi har inga anspråk på att lägga fast definitioner för mer generell användning i sjukvården.

Begreppet *högspecialiserad vård* används i dag som en allmän benämning på sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller på annat sätt intar en framskjutande position i vården, vanligtvis med ett behov av resurskoncentration som följd. Det är dock inte definierat i författningstext eller annan typ av dokument. Vi har i projektet som arbetsdefinition valt att se högspecialiserad vård som sjukvård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (*regionsjukvård*) eller riket (*rikssjukvård*) som upptagningsområde. Det finns också högspecialiserade verksamheter på länssjukhusen, t.ex. den thoraxkirurgiska enheten i Karlskrona och motsvarande elektiva thoraxkirurgiska verksamhet i Eskilstuna, vi betraktar dessa som en del av regionsjukvården. Den begränsade högspecialiserade verksamhet som bedrivs i privat regi berörs inte i denna PM.

I vår definition av högspecialiserad sjukvård ingår således också vissa aktiviteter som riktar sig mot mindre och sällsynta grupper av sjukdom och handikapp, där kraven på diagnostik och behandling kräver särskild kompetens.

Det finns anledning att understryka att den högspecialiserade sjukvården inte enbart innebär behandlingar eller ingrepp, minst lika viktigt är att ställa kvalificerad kompetens till förfogande för diagnostik, i många fall kan därefter själva behandlingen utföras på lägre nivå i vårdkedjan.

Som beteckning för den vård som inte är högspecialiserad som landstingen bedriver på sina sjukhus, dvs. det som i andra sammanhang kan kallas bassjukvård, länsdelsjukvård m.m. använder vi beteckningen *länssjukvård*. I något enstaka fall görs en distinktion mellan *länssjukhus* och *länsdelsjukhus* där det sistnämnda innebär en begränsad sjukvård som riktar sig till en mindre del av ett landstings befolkning.

Begreppet *sjukhusvård* innefattar all den sjukvård som ges vid sjukhus, även dagkirurgi och öppenvård. Dessa verksamheter kan i andra sammanhang vara en del av *primärvården* men vi väljer att inte i detta fall låta verksamhetens karaktär styra utan utgår från den organisation som anordnar densamma.

I internationella sammanhang användes begreppet *center of excellence*, vanligen i samband med olika forskningscentra men även ibland som benämning på en vårdenhets med högspecialiserad vård med inriktning mot en viss vårdform eller en viss diagnosgrupp.

Begreppet *universitetssjukhus* används i dagligt tal som benämning på sjukhus där man genom avtal mellan huvudmannen och staten knutit sjukhuset till ett universitet och skapat möjligheter för att bedriva medicinsk forskning samt undervisning av bl.a. blivande läkare. I formell mening finns dock inte detta begrepp. Genom lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter m.m. reglerar staten vissa villkor för sådana läkare med specialistkompetens som är anställda vid enheter som är upplåtna för utbildning av läkare enligt avtal mellan de universitet som bedriver läkarutbildning och berörda landsting. Dessa sjukhus brukar i dagligt tal benämnas universitetssjukhus.

I Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok<sup>1</sup> återfinns nio sjukhus benämnda *regionsjukhus*: Huddinge sjukhus, Karolinska sjukhuset, Akademiska sjukhuset, Norrlands universitetssjukhus, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset i Lund, Universitetssjukhuset MAS, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset Örebro<sup>2</sup>. I vårt arbete använder vi beteckningen *regionsjukhus* och *universitetssjukhus* synonymt och syftar då på de i det föregående nämnda enheterna.

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok (SoS) 2001 2.2 tabell 8 sid. 121

<sup>2</sup> I Katalogen, Regionsjukhuset i Örebro (namnbyte 2002)

I sammanhanget förtjänar också begreppet *evidens* att nämnas där vi använder oss av SBU:s beskrivning<sup>3</sup> dvs. något som bedöms tyda på att ett visst förhållande gäller (av lat. *evidentia* 'tydlighet'). I termen *evidensbaserad* sjukvård betyder evidens systematisk observation som uppfyller vetenskapliga tillförlitliga kriterier på ett sådant sätt att de anses utgöra "bästa tillgängliga bevis". Evidens finns ofta allmänt tillgängligt i form av publicerade fakta, eventuellt också i texter (systematiska översikter, metaanalyser) som enligt vetenskapliga regler sammanfattar och kommenterar alla tillgängliga publikationer av sådana fakta.

Begreppet *klinisk forskning* är inte entydigt, men brukar användas för att beskriva forskning på patienter, samt laboratorieprover och andra undersökningar på t.ex. vävnader från patienter. Forskningen har också kliniska frågeställningar med fokus på diagnostik, prognostik och/eller behandling av sjukdom. Under senare år har begreppet *patientnära* klinisk forskning kommit att användas för att beskriva forskningens nära kopplingen till sjukvården och dess utveckling. När begreppet klinisk forskning används ingår underförstått att den utförs av personal med anknytning till sjukvården.

*ALF-avtal*, avtal träffat mellan svenska staten och vissa landsting rörande samarbete om grundutbildningen av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

Enligt uppdraget skall vi också pröva *nationella planer för viss diagnos- eller sjukdomsgrupp*. I regeringens direktiv till projektet klargörs inte vad som avses med en detta. Projektet har därför valt att se det som ett uttryck för en nationell planering av samlade insatser för prevention, diagnostik och behandling av utpekade sjukdomstillstånd. En sådan måste antingen läggas fast i lag eller vara formulerad som en överenskommelse mellan staten och landstingen för att kunna bli ett styrande dokument då organisation, planering och dimensionering av sjukvården i allt väsentligt i dag ankommer på landstingen. Vi har därför valt att se en plan för en viss diagnos- eller sjukdomsgrupp som en styrande produkt som på nationell nivå lägger fast former för prevention, organisation och finansiering av behandlings- och i vissa fall forskningsprogram för en viss diagnos eller diagnosgrupp.

---

<sup>3</sup> Se [www.sbu.se](http://www.sbu.se)

## 1.5 Betänkandets disposition

Betänkandet är uppbyggt för att svara mot det uppdrag regeringen givit projektet (bilaga 1).

Kartläggningen avrapporteras områdesvis i kapitlen 2–11, i dessa delar blandas underlag från intervjuer, enkätundersökning och andra underlag. I avsnitt 12 analyseras vissa framtidsfrågors betydelse för sjukvårdens organisation. I kapitel 13 redovisar vi de slutsatser som föranleds av kartläggningen. I kapitel 14 framförs och motiveras våra förslag.

## 2 Den högspecialiserade vårdens utveckling och framväxt

### 2.1 Ett historiskt perspektiv

Sveriges första universitetssjukhus inrättades i Uppsala 1708<sup>4</sup> där professorn i anatomi och praktisk medicin avsåg att bedriva klinisk undervisning vid sjukbädden. Det s.k. Nosocomium Academicum hade från början sex till åtta vårdplatser, hur många patienter som togs emot är oklart då det var vanligt förekommande med fler patienter i varje säng. Detta var grunden till akademiska sjukhuset i Uppsala. Sjukhuset förblev statligt fram till 1983, då landstinget övertog verksamheten.

Det första allmänna sjukhuset för akuta sjukdomar i Sverige var Serafimerlasarettet i Stockholm som öppnade 1752 på initiativ av bl.a. Olof av Acrel, som blev lasarettets förste överkirurg. Sjukhuset har alltid varit undervisnings och forskningssjukhus, och överläkarna var ofta professorer vid Karolinska institutet. Tillkomsten av Karolinska sjukhuset 1940, och Huddinge sjukhus 1972 medförde att Serafimerlasarettets betydelse för forskning och undervisning minskade. I samband med en omorganisering av sjukvården i Stockholm lades det ned 1980.

En successiv utbyggnad av sjukhusen i Sverige påbörjades under 1700-talets senare decennier med etablering av länssjukhus. Under 1800-talet skedde en fortsatt expansion av vården. När landstingen övertog ansvaret för sjukhusens drift kom expansionen att fortsätta. Flertalet av dagens sjukhus är av förhållandevis sent datum.

Karolinska Sjukhuset (KS) har sedan det invigdes 1940 bidragit till ett flertal medicinska genombrott, många av dem banbrytande inom sina områden. KS var ett rikssjukhus fram till 1982, då staten överlät det till Stockholms läns landsting. Sedan dess fungerar KS

---

<sup>4</sup> Underlag från Nationalencyklopedin

som både universitets- och regionsjukhus med specialistresurser inom ett femtiotal kliniska discipliner.

Redan tidigt etablerades en samverkan mellan universiteten och sjukhus i deras närhet genom att professorer vid universiteten också uppbar överläkartjänster vid sjukhusens kliniker. Sådan universitetsklinik fanns vid Akademiska sjukhuset i Uppsala redan vid sjuttonhundratalets början och i takt med sjukvårdens utbyggnad kom de att introduceras parallellt med att nya universitet etablerades. På många håll kom omfattande kliniska forskningsprogram att bedrivas och det är i denna struktur som ett flertal betydelsefulla genombrott skett i svensk klinisk forskning. Goda förutsättningar fanns för professorerna att samordna den kliniska verksamheten med forskningen, detta genom att till "sina" avdelningar ta in patienter där forskningsproblem var applicerbara. I denna typ av universitetskliniker var patienten i stor utsträckning att se som "patientmateriel" för forskningen.

Universitetens verksamhet har utvecklats parallellt med vården. De medicinska fakulteterna har genom åren blivit sex till antalet och läkare utbildas i dag vid Karolinska institutet (KI) samt vid universiteten i Uppsala, Lund, Göteborg, Linköping och Umeå. KI har eget universitetsstatus medan läkarutbildningen i övrigt sker inom medicinska fakulteter vid universiteten.

Karolinska institutet har en särställning inom den medicinska forskningen och är störst bland de svenska medicinska universiteterna. Orsakerna till detta är många och finns att söka såväl i lyckade rekryteringar till strategiskt viktiga poster och i dynamiska satsningar på nyskapande verksamhet. Institutets roll påverkas också av att det utser Nobelpristagare i medicin vilket har gjort det till en viktig kontakt yta i det internationella samarbetet.

## 2.2 Regionvårdsutredningen

I takt med en intensifierad utveckling av medicinska metoder och medicinsk teknik under åren efter andra världskriget började en allt djupare specialisering växa fram inom svensk sjukvård. De förbättrade möjligheterna till säker diagnos och effektiv behandling kom att innebära en kraftig expansion av sjukvården. Kungl. Maj:t beslutade därför i november 1956 att tillkalla en utredningsman med uppdrag att utarbeta en plan för den specialiserade kroppssjukvårdens utbyggnad regionvis m.m. Syftet med utredningen var bl.a.



att klarlägga behovet av vårdplatser och hur ansvaret för vården skulle fördelas mellan landsting och regionsjukhus.

Till utredningsman utsågs generaldirektören Arthur Engel. Utredningen, som tog sig namnet Regionvårdsutredningen, överlämnade den 14 juli 1958 sitt betänkande med förslag till riksplan för samarbete inom specialiserad sjukvård (SOU 1958:26). Innebörden av förslagen var att en distinktion gjordes mellan regionspecialiteter (högspecialiserade) och länsspecialiteter. Genom riksdagens beslut med anledning av proposition 1960:159 godkändes de förslagna riktlinjerna för regionvårdens utbyggnad.

## 2.3 Regionsjukvårdsutredningen

Inom Socialdepartementets sjukvårdsdelegation genomfördes våren 1974 en föreberedande utredning om regionsjukvården (stencil 1974-02-06). Anledningen härtill var bl.a. skrivelser till departementet från regionsjukvårdsnämnden i Umeå som önskade att landskapet Medelpad skulle tillföras regionen för att öka dess befolkningsunderlag. Delegationen förordade en översyn av regionindelningen och vissa andra frågor rörande regionsjukvården.

Kungl. Maj:t bemyndigade den 28 juni 1974 chefen för Socialdepartementet att tillkalla fem sakkunniga<sup>5</sup> för att utreda regionsjukvårdens innehåll och verksamhetsformer, regionindelningen samt frågan om samverkan inom och mellan regionerna. Utredningen antog namnet regionsjukvårdsutredningen (S 1974:07).

Enligt utredningen skulle regionsjukvården omfatta *det fåtal patienter som erbjuder speciellt svårbehandlade problem och kräver samverkan mellan ett antal högt utbildade specialister samt eventuellt också särskild utrustning som är dyrbar eller svårskött.*

Utredningen redovisade problem i regionsjukvården bl.a. i fråga om brist på balans mellan patientunderlag och resurser, brister i samarbetet inom och mellan regionerna bl.a. i form av för snävt avgränsat samarbete. Man föreslog därför att det regionala samarbetet skulle utvidgas till att omfatta i princip alla medicinska verksamhetsområden och inte enbart vissa regionspecialiteter samt även ett flertal områden med lösare anknytning till själva vården såsom medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram mm.

---

<sup>5</sup> Utredningen leddes av dåvarande expeditionschefen Bengt Söderqvist, sakkunniga i övrigt var avdelningschefen Sven Alsén samt landstingsråden Arvid Eskel, Bertil Göransson, Nils J. Wedin (t.o.m. 31 juli, 1976) och Harald Olsson (fr.o.m. 1 oktober 1976)

Detta innebar att formerna för samarbetet i regionen föreslogs ändras mot en starkare mer kontinuerlig planering som skulle ersätta de bindningar som via avtal fanns till ett visst antal vårdplatser. Det flerregionala samarbetet skulle därmed ges förutsättningar att bättre svara mot de krav som en utvidgning av samarbetet ställer. En kontinuerlig samverkan i planeringen ansågs bli nödvändig.

Utredningen påpekade vidare att omfattningen inom vissa specialiteter var så liten att resurserna inte borde fördelas till mer än ett fåtal platser i landet. I dessa fall ansåg utredningen det angeläget av flera skäl att överetablering inte skedde, i den mån detta redan skett borde vissa enheters verksamheter avvecklas eller förändras. Utredningen exemplifierade med den högspecialiserade brännskadevården, barnkirurgi, thoraxkirurgi och transplantationskirurgi som borde koncentreras till fyra platser vardera.

I proposition 1980/81:9 om regionsjukvården tillstyrkte föredragande statsråd i allt väsentligt utredningens förslag. I propositionen fördes också resonemang om regionindelningen där förslaget till riksdagen var att denna skulle ändras så att Umeåregionen skulle tillföras ytterligare befolkningsunderlag genom att regionen utökades med Jämtlands län samt landskapet Medelpad i Västernorrlands län. Föredraganden föreslog även att Örebroregionen skulle upphöra och de däri ingående landstingen föras samman med Uppsala-regionen till en Uppsala/Örebro sjukvårdsregion.

## **2.4 Riksplanering av högspecialiserad sjukvård 1978 – 1989**

Samarbetet inom och mellan sjukvårdsregionerna vilade före 1983 på frivillig grund. Det mellanregionala sjukvårdsutbytet reglerades i tämligen passiv form genom det s.k. utomlänsvtalet som angav ersättningsgrunder och allmänna bestämmelser för remissutfärdandet. Ett särskilt organ, centrala regionsjukvårdsnämnden avsågs ha en samordnande roll bl.a. vad gällde den mest högspecialiserade vården. Centrala regionsjukvårdsnämndens uppgifter övertogs sedermera av Socialdepartementets sjukvårdsdelegation.

Regionsjukvårdsutredningens förslag kom att ligga till grund för hanteringen av den ”mest högspecialiserade vården”:

”Inom vissa medicinska verksamhetsområden är resursbehovet så litet att resurserna inte bör fördelas på mer än ett fåtal platser. I dessa fall är det angeläget inte bara av ekonomiska skäl utan även med hänsyn till kvaliteten på vården att en överetablering inte sker

eller – om det redan skett – att vissa enheters verksamhet förändras eller avvecklas (SOU 1978:70 sid. 16)”

Den gemensamma planläggning borde ske genom ett riksavtal tillkommet på initiativ av Landstingsförbundet och godkänt av sjukvårdshuvudmännen.

Genom rikssjukvårdsavtalet (RIA) skapades två instrument för planering, köp och försäljning av den mest högspecialiserade sjukvården över regiongränserna. Den ena var förteckningen R som fastställdes av Landstingsförbundets styrelse och utgjorde en bilaga till RIA. Syftet med R listan var att reglera högspecialiserad sjukvård av så begränsad omfattning att resurser inte kunde dimensioneras utifrån ett enskilt landstings behov eller för en enskild region. Det andra var avtal om flerregional vård, som enskilda landsting ingår med varandra efter särskild rekommendation från landstingsförbundets styrelse.

Landstingsförbundets beslut om förteckningen R fastställdes i dialog med sjukvårdshuvudmännen och blev därefter bindande. För de verksamheter som stod på förteckningen var hela riket upptagningsområde. Om en verksamhet bedrevs vid mer än ett sjukhus stod det den remitterande kliniken fritt att välja till vilket sjukhus patienten skulle remitteras.

Avsikten med flerregionala avtal var att reglera sådan rutinmässig högspecialiserad sjukvård som var av så stor omfattning att såväl köp som försäljning meningsfullt kunde planeras i samverkan mellan berörda huvudmän.

Landstingsförbundets styrelse utfärdade särskilda rekommendation om slutande av flerregionala avtal för tre verksamheter: kranuskärkirurgi, njurtransplantationer och barnhjärtkirurgi. Vad gäller barnhjärtkirurgin godkändes inte rekommendationen av alla berörda sjukvårdshuvudmän och kom därför inte att leda till slutande av flerregionalt avtal.

Målen för riksplaneringen av den högspecialiserade sjukvården angavs till

- hög medicinsk säkerhet och kvalitet,
- vård på lika villkor för alla i hela landet, samt
- rationell drift och god ekonomi.

Landstingsförbundet och Socialstyrelsen var de två huvudaktörerna i det centrala arbetet kring planeringen av rikssjukvården. Socialstyrelsen kom att svara för de medicinskt präglade bedömningarna och beslutsunderlag (behov, kvalitet, säkerhet, kompetenskrav m.m.) Landstingsförbundets kansli förutsattes komplettera underlaget

från Socialstyrelsen med ekonomiska, administrativa och organisatoriska bedömningar. På basis av det samlade beslutunderlaget gjorde sedan Landstingsförbundets styrelse en slutlig bedömning och fastställde R listan och avgav eventuella särskilda rekommendationer.

## 2.5 Landstingsförbundets utredning av rikssjukvård

Landstingsförbundets styrelse beslöt i december 1988 att ge förbundskansliet i uppdrag att i samarbete med Socialstyrelsen utvärdera och se över planeringen av den s.k. rikssjukvården. Översynen kom att utföras av en grupp under ledning av professor Gunnar Birke där också medicinalrådet Lennart Rinder samt planeringscheferna Jan Erik Spek och Staffan Engblom ingick. En rapport lämnades till landstingsförbundet den 7 juni 1990.

Förbundets och Socialstyrelsens arbete med förteckningen R till riksavtalet med de s.k. särskilda rekommendationerna om annan särskilt högspecialiserad vård hade då pågått under fem år. Riksavtalet hade trätt i kraft den 1 januari 1984. En första förteckning R (R-lista eller rikslista) gällde för år 1984 och hade en preliminär utformning. Den första mer genomarbetade R-listan utarbetades under år 1985.

Beslutet att se över riksplaneringen fattades efter en planeringsomgång fylld av motsättningar mellan olika huvudmän. Uppfattningarna gick kraftigt isär främst beträffande barnhjärtkirurgins organisation men också till viss del om brännskadevårdens koncentration. Under de år översynen pågick lyckades dessa problem inte lösas. Utredaren skriver (sid. 7):

”Farhågorna har besannats (maj –90) då knappast något av de problem som ledde till beslutet om en översyn har kunnat lösas under den tidsperiod som förflutit sedan december 1988. Överträdelserna mot fattade beslut och rekommendationer har fortsatt och bristerna i arbetsprocess och styrmetoder har ytterligare accentuerats.”

Utredningen påtalade även brister i det statistiska underlaget som beskrev flerregional vård och rikssjukvård.

Frågan om lokaliseringen av barnhjärtkirurgin var en stor fråga under 80-talets senare år och fram till 1994 då den fick sitt slutliga avgörande. Ursprungligen utfördes barnhjärtkirurgi på fyra orter i Sverige: Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg med eftervård på Östra sjukhuset, Universitetssjukhuset i Lund, Karolinska sjukhuset i

Stockholm med eftervård på den barnmedicinska kliniken på S:t Görans sjukhus samt Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Det fanns under tidigt 80-tal en allmän uppfattning bland barnkardiologer att en koncentration av barnhjärtkirurgi skulle förbättra de kirurgiska resultaten<sup>6</sup>. En uppfattning som också drevs av Föräldraföreningen för hjärt- och lungsjuka barn. Det fanns en allmän uppslutning kring behovet av koncentration till färre enheter men det var svårt att nå enighet om hur koncentrationen skulle ske. Uppfattningarna hur barnhjärtkirurgin skulle organiseras gick dock isär, frågan kom därför att bli långdragen och svårlöst.

Genom ingripande från Socialstyrelsen kom slutligen lokalisering att ske till universitetssjukhuset i Lund samt Sahlgrenska universitetssjukhuset. Efter denna koncentration har den tidiga mortaliteten (inom 30 dagar efter ingreppen) markant gått ned och ligger i dag på en låg nivå<sup>7</sup> vid en internationell jämförelse.

---

<sup>6</sup> Pediatric Cardiology Vol 21 No 4, 2000 s 353

<sup>7</sup> Pediatric Cardiology Vol 21 No 4, 2000 s 356

## 3 Styrningen av sjukvård

### 3.1 Styrning av hälso- och sjukvård

Enligt kommunallagen (1991:900) får kommuner och landsting själva ha hand om sådana angelägenheter av allmänt intresse som har anknytning till kommunens eller landstingets område eller deras medlemmar och som inte skall handhas enbart av staten, en annan kommun, ett annat landsting eller någon annan. Sjukvården regleras av Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), av lagen framgår att verksamheten i allt väsentligt är en landstingskommunal verksamhet, därutöver finns lagstiftning om bl.a. tillsyn och ansvarsfrågor mm. Den statliga detaljstyrningen av sjukvården har sedan den första sjukhuslagen beslutades år 1928 (1928:303) stadigt minskat fram till början på 1990-talet.

Den statliga styrningen av hälso- och sjukvården sker på olika sätt:

- Via lagar och förordningar inom hälso- och sjukvårdsområdet.
- Ekonomisk styrning sker via det generella statsbidragssystemet till landstingen. Styrningen i detta sker inte i sakfrågor, däremot påverkas landstingens generella ekonomiska förutsättningar att verka. Det finns även specialdestinerade statsbidrag som riktar sig till speciella verksamheter.
- Staten ingår därtill avtal/överenskommelser med sjukvårdshuvudmännen där gemensamma satsningar ingår. Exempel är de årliga Dagmaröverenskommelserna, den nyligen beslutade nationella handlingsplanen för sjuk-

vården med fokus på primärvård och psykiatri och dess interaktion med annan vård samt överenskommelser kring patienternas tillgänglighet till vården etc.

Staten styr även hälso- och sjukvården via de statliga myndigheterna inom hälso- och sjukvårdsområdet:

#### *Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen (SoS) har en central roll dels för normering och utvecklingsaktiviteter kring vården, dels för tillsyn över hälso- och sjukvården. Ett led i arbetet med kunskapsunderlag som prioriteringsstöd för såväl politiker som hälso- och sjukvården är framtagande av riktlinjer för vård och behandling. De nationella riktlinjerna för olika sjukdomsgrupper är en del i normeringsarbetet. Tillsynen styrs i huvudsak av inkomna ärenden där patientsäkerheten är i fokus, egeninitierad verksamhetstillsyn förekommer dock i ökande omfattning. Om myndigheten 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<sup>8</sup>. I föreläggandet får vite sättas ut.

#### *SBU*

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har etablerats för att kritiskt granska den vetenskapliga grunden för medicinska innovationer, existerande rutiner och praxis inom hälso- och sjukvården samt inom tandvården.

#### *Läkemedelsverket*

Läkemedelsverket (LV) har förutom sin myndighetsroll mot läkemedelsindustri och apoteksverksamheten en betydande roll för hälso- och sjukvården i framtagande av kunskapsunderlag för ändamålsenlig läkemedelsterapi.

#### *Statens folkhälsoinstitut*

Statens Folkhälsoinstitut stöder preventiva insatser på nationell nivå i dialog med sjukvårdshuvudmännen. Myndighetens roll är i

---

<sup>8</sup> Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

hög grad kunskapsförmedlande gentemot sjukvårdshuvudmännens preventiva enheter.

### *HSAN*

Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) har i sig fokus mot enskilda ansvarsärenden, men dess ställningstaganden har även en styrande inverkan på hur sjukvården bedrivs.

### *Läkemedelsförmånsnämnden*

Läkemedelsförmånsnämnden beslutar om vilka läkemedel och varor som ska ingå i läkemedelsförmånerna och sätter även pris på dessa produkter.

Genom riksdagens beslut om hälso- och sjukvårdslag 1982 (1982:763) kom hälso- och sjukvårdens innehåll i allt väsentligt att bli en angelägenhet för landstingen. De statliga insatserna är, med dagens ansvarsfördelning, att se som stödjande och kontrollerande åtgärder.

## **3.2 Landstingens sjukvård**

Landstingets ledning och drift av hälso- och sjukvården bygger ytterst på den kommunala självstyrelsen som ger en politisk process med närhet både till lokala opinioner och hälso- och sjukvården. Detta innebär att det decentraliserade perspektivet med anpassning till lokala behov och strukturer blir styrande. Det betyder också att hälso- och sjukvårdsservicen kan organiseras utifrån helhetssyn på behov och önskemål. Detta kan resultera i vissa skillnader i vårdutbud mellan landstingen.

Enligt Socialstyrelsen<sup>9</sup> finns det stora regionala variationer i tillgång till och användning av evidensbaserade behandlingsmetoder såsom kranskärtsingrepp vid hjärtinfarkt, ögonoperationer vid katarakt, behandling med blodfettssänkande mediciner vid diabetes. En del av skillnaderna kan, enligt Socialstyrelsen förklaras med att ny teknik sprider sig olika snabbt i landet, medan annat förefaller ha annan orsak. Förklaringarna bör, enligt myndigheten, sökas i variationer när det gäller lokala resurser och/eller kunskaper och attityder.

---

<sup>9</sup> Hälso- och sjukvård 2002, Lägesrapport



När det gäller den högspecialiserade vården är det flera faktorer som gör att landstingens självstyre i praktiken ”korrigeras” av olika yttre omständigheter. I och med att endast sju av tjugoen sjukvårdshuvudmän har universitetssjukhus med förutsättningar att bedriva högspecialiserad vård krävs andra mekanismer i tillägg till det lokala självstyret. Genom landets indelning i sjukvårdsregioner och den samverkan som sker i regionerna kompenseras för skillnaderna i vårdutbud.

De medicinska fakulteterna har en indirekt påverkan på universitetssjukhusen både genom utbildning och FoU.

Samtidigt bidrar landstingens styrning av universitetssjukhusen till mångfald och differentierad spetskompetens som är viktig för utvecklingen av den högspecialiserade vården. Genom att olika regioner tillåts pröva olika organisatoriska lösningar ges möjligheter till diversifiering och alternativ produktion. Samtidigt sker detta ibland på bekostnad av att verksamheter etableras på för många ställen eller till en onödigt hög kostnad.

### 3.3 Regionsjukvården

Genom Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kan regeringen dela in landet i sjukvårdsregioner. I förordningen (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner har en indelning i 6 regioner skett. Sjukvårdsregionerna har i flera fall antagit andra namn än de som anges i förordningstexten. Detta har ofta skett i syfte att markera den regionala samhörigheten. Trots att vi sympatiserar med syftet bakom namnbytet använder vi de förordningsreglerade namnen då dessa är att se som de officiella benämningarna på regionerna.

I varje region finns en samverkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna den högspecialiserade vården. Detta sker genom överenskommelser om ersättningar samt formerna för och innehållet i samarbetet inom regionen. Inom sjukvårdsregionerna samverkar landstingen kring vissa högspecialiserade verksamheter, vanligen avancerad hjärtsjukvård och neurosjukvård, plastikkirurgi, viss cancerbehandling m.m. Regionsjukvården bedrivs vanligtvis på universitetssjukhuset men det finns enstaka exempel på verksamheter som för en sjukvårdsregions räkning bedrivs från ett länsjukhus. Nämnas kan de thoraxkirurgiska verksamheterna i Karlskrona och Eskilstuna. Inom sjukvårdsregionerna bedrivs även sam-

arbete mellan sjukvårdshuvudmännen utanför den högspecialiserade vården.

Samarbetet utvecklas också inom olika grupperingar, vanligen uppdelade specialitetsvis eller områdesvis, (medicinska expertgrupper, vårdprogramgrupper, klinikvisa regionkontakter etc.) där man fortlöpande söker enighet om vårdnivåernas uppgifter (indikationer för remittering till regionsjukhus, decentralisering alt centralisering av diagnostik/behandlingsmetoder). Frågor om dimensionering av den regionalt baserade högspecialiserade vården förs ofta till politiska beslut inom samverkansnämnderna.

## 4 Sjukvårdens organisation

Ansvar för att medborgarna får sjukvård vilar i enlighet med Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) på kommuner och landsting. Kommunerna svarar efter den s.k. Ädelreformen 1992 för sjukvård i särskilt boende, utom läkarinsatser. Kommunerna finansierar och tillhandahåller också utbildning inom omvårdnads- och omsorgsområdet. Landstingen svarar för resterande hälso- och sjukvård. Totala driftskostnaderna för sjukvård inom landsting och kommuner uppgick år 2000 till ca 142 miljarder kronor, varav ca 15 miljarder motsvarade kostnader för kommunernas åtaganden inom sjukvården.<sup>9</sup> I regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag m.m. (1981/82:97) begränsades den statliga regleringen av den organisatoriska uppbyggnaden kring hälso- och sjukvården. Samtidigt gavs kommuner och landsting ett ansvar för befolkningens hälsa med åtföljande rätt och skyldighet att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Landstingen och kommunerna planerar, finansierar och tillhandahåller hälso- och sjukvård genom egen produktion (ca 90%) och genom avtal med privata vårdgivare.

### 4.1 Primärvård

Primärvården utgör basen för det svenska sjukvårdssystemet. Primärvård bedrivs vid drygt tusen vårdcentraler, distriktssköterskemottagningar, familjeläkarenheter och privata läkarmottagningar med vilka landstingen har entreprenadavtal. Andelen privata läkarmottagningar inom primärvården som tecknat avtal med landstingen har ökat under den senaste 10-årsperioden. Ca 28 % av läkarbesöken i primärvården sker vid privatläkarmottagningar som

---

<sup>9</sup> (källa: Hälso- och sjukvårdsstatistisk årsbok 2002)

har avtal med landstingen. Listning av patienter till respektive primärvårdsläkare förekommer i de flesta landsting.

Primärvården ska kunna tillgodose de flesta patienters behov, och svarar för insatser där sjukhusens resurser inte krävs. Många patienter med kroniska åkommor går på regelbundna kontroller i primärvården. I de fall diagnostik och behandling behöver ske med ytterligare resursinsatser remitteras patienten till andra specialister inom länssjukvården.

Antalet besök i primärvården var år 2000 drygt 31 miljoner, varav 11,7 hos läkare och 19,5 hos andra (sjukgymnaster, arbetsterapeuter, distriktssköterska etc.). Primärvården svarar för ca en fjärdedel av sjukvårdens totala kostnader, den kommunala sjukvården inräknad.

Primärvården har även getts ett ansvar för insatser under jourtid, där jourverksamhet antingen förekommer i egen regi vid jourcentraler eller via insatser av primärvårdens läkare knutna till sjukhusens akutmottagningar. I propositionen om Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården (1999/2000:149) lyfts bl.a. fram ett ökat ansvar för primärvården för akuta insatser under dygnets alla timmar. Detta berörs också i den aktuella utvecklingen av olika närsjukvårdskoncept.

## 4.2 Länssjukvård

När diagnostik eller behandling kräver resurser utöver primärvårdsnivån, remitteras patienter från primärvård till en specialistläkarmottagning utanför eller vid sjukhus. Många patienter söker sig direkt till sjukhusens mottagningar eller har fortlöpande kontakter med någon specialistläkarmottagning. Sjukhusen inom länssjukvården indelas traditionellt i länsdels- och länssjukhus. Länssjukhusens differentieringsgrad vad avser medicinska specialiteter är betydande, och flera av tidigare i regionvårdsutredningen (SOU 1958:26) angivna specialiteter för regionsjukhusnivån finns sedan länge vid länssjukhusen.

Flera av länsdelssjukhusen har under den senaste 10-årsperioden utvecklats som sjukhus eller omvandlats till enheter med enbart akutverksamhet inom invärtesmedicin/geriatrik. Antalet sjukhus i landet har under perioden 1985 till 2000 minskat från 94 till 75. I denna minskning inryms också organisationsförändringar där flera sjukhus organisatoriskt förts samman. Förändringar har framförallt skett för länsdelssjukhusen. I många fall har t.ex. en koncentration

skett av förlossningsvården till färre sjukhus inom landstingen. Förbättrat omhändertagande under transporter möjliggör även att den akuta kirurgiska verksamheten har kunnat koncentreras till färre sjukhus. I många landsting diskuteras för närvarande en utveckling med inriktning mot "närvård" och "närsjukhus" med fokus på den lokala befolkningens behov – i konceptet förutsetts vanligen primärvården samverka med geriatrik och invärtesmedicin. Dagkirurgisk verksamhet och/eller elektiv kirurgisk verksamhet med sluten vård kan även förläggas till dessa närsjukhus.

Länssjukvården svarar för ca 70 % av all sluten sjukhusvård i landet. Sjukhusens öppenvårdsmottagningar, inklusive regionsjukhusen, svarar för ca 44 % av öppenvårdsbesöken hos läkare. Kostnaderna för länssjukvården motsvarar ca två tredjedelar av sjukvårdens kostnader.

### 4.3 Regionvård

Sällsynta och komplicerade sjukdomar och skador behandlas vid regionsjukhusen, efter remiss från länssjukvården. En stor andel av remitteringarna är av akut karaktär, och i många fall sker transport till regionsjukhusen antingen direkt från skadeplats eller via närmaste sjukhus för att patientens tillstånd först skall stabiliseras. Vid regionsjukhusen sker även en betydande andel diagnostik, dels efter att patienten remitteras dit, dels genom analys av insända prover. Relationerna mellan landsting och regionvård baseras inom de flesta sjukvårdsregionerna på regionvisa avtal, alternativt bilaterala avtal mellan berört regionsjukhus och respektive landsting.

Regionsjukhusen har en bredare uppsättning av medicinska specialiteter jämfört med länssjukhusen genom de s.k. regionspecialiteter som thoraxkirurgi, neurokirurgi, plastikkirurgi och handkirurgi. Vissa av sjukhusen har även barnkirurgi och transplantationsverksamhet. Inom det laboratoriemedicinska området finns flera specialiteter som endast företrädes på regionsjukhusnivån, exempelvis transfusionsmedicin, klinisk genetik, klinisk farmakologi och klinisk neurofysiologi.

Den högspecialiserade vården i sjukvårdsregionerna kännetecknas även av att verksamheterna är beroende av olika specialiserade kompetenser som samverkar kring patienten. Innehållet i regionsjukvården styrs dels av de ovan angivna regionspecialiteterna, men även av den differentieringsgrad de enskilda landstingen har vid sina respektive länssjukhus. Exempelvis finns

onkologiska kliniker vid en del av länssjukhusen, medan andra remitterar patienter för onkologisk behandling till regionsjukhusen. Regionvårdens innehåll förändras över tid i takt med att metoder förs ut till andra vårdnivåer, samtidigt som ny diagnostik och nya behandlingsmetoder tillkommer. Innehållet varierar även med tillfälliga kompetensvakanser ute i länssjukvården, och betyder bl.a. att regionsjukhusen under semesterperioder, storhelger etc. kan ha ett vidgat ansvar.

#### 4.4 Rikssjukvård

I dag sker ingen samordning på riksnivå av den högspecialiserade vården. Enligt en överenskommelse mellan Socialstyrelsen (SoS) och Landstingsförbundet, träffad i november 1990 avvecklades det dittills gällande systemet med central planering och styrning av den högspecialiserade vården av rikskaraktär (den s.k. R-listan) från och med 1992. I stället fick sjukvårdshuvudmännen rätt att "fritt sälja och köpa" vård av rikskaraktär samt att själva avgöra eventuell etablering av sådan vård. Tanken var att införa ett marknadstänkande där kvalitet och kostnader skulle styra och skapa ett effektivt och avreglerat system. I syfte att värna om patientsäkerheten skulle Socialstyrelsen enligt överenskommelsen utveckla ett system för information, uppföljning och utvärdering. Systemet skulle även innehålla kvalitativa analyser och jämföra kostnadsangivelser.

Ett centralt led i reformen var att en sammanställning skulle göras av den högspecialiserade vården av rikskaraktär. Syftet var att den skulle utgöra en grund för sjukvårdshuvudmännens beslut om köp av vård. Socialstyrelsen gör därför en sammanställning av sjukvårdshuvudmännens uppgifter om de specialiserade verksamheter som har upptagningsområde från mer än två sjukvårdsregioner utöver den egna och publicerar dem i Vårdkatalogen. Katalogen innehåller uppgifter som anmäls av vårdproducenterna. Efter avstämning mot Socialstyrelsen kriterier för högspecialiserad vård av rikskaraktär remitteras underlaget till universitetssjukhusen, Landstingsförbundet, samverkansnämnderna och Svenska läkaresällskapet för yttrande. Krav ställs på att vissa kvalitetskriterier skall vara uppfyllda för att ett införande i listan skall bli aktuellt. Man arbetar kontinuerligt med att försöka förbättra och utveckla kvaliteten på de redovisningar de olika vårdgivarna kommer in med. Vid tveksamheter medverkar medlemmar av Socialstyrelsens vetenskapliga

råd med bedömningar. Kvalitetskontroll i form av besök eller tillsyn sker dock inte.

Socialstyrelsen tillämpar vid prövningen om en verksamhet skall införas i *Vårdkatalogen* följande kriterier:

- Verksamheten är inriktad på diagnostik och/eller behandling av relativt sällsynta sjukdomar, sjukdomsproblem eller skador och kräver därför ett stort upptagningsområde för att säkra ett tillräckligt patientunderlag och därigenom göra det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att upprätthålla och utveckla sin kompetens.
- Verksamhetens upptagningsområde omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna.
- En väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen.
- Verksamheten kräver speciell kompetens och/eller specialutbildad personal.
- Verksamheten kräver resurser som med hänsyn till verksamhetens begränsade omfattning inte bör dimensioneras utifrån ett enskilt sjukvårdsområde eller en enskild sjukvårdsregions förutsättningar.
- Verksamheten skall vara i kliniskt bruk och inte av karaktären forskning och utveckling eller på annat sätt vara tidsbegränsad.

Rikssjukvården med de 74 verksamheter som anges i Socialstyrelsens *Vårdkatalog* motsvarar för år 2000 totalt ca 4500 vårdtillfällen i slutenvård åt andra sjukvårdshuvudmän (utomlänsvård av rikskarakter). Detta motsvarar 3 promille av den slutna vårdens vårdtillfällen. I detta antal ingår således inte den riksvård som vid ett universitetssjukhus erbjuds åt befolkningen i det egna län/regionen. Om siffrorna ovan överförs till befolkningsunderlaget inom Stockholm, Västra Götaland och Skåne, torde volymen riksvård kunna skattas till att motsvara mindre än 1% av den totala sjukhusvården, även om insatserna vid vårdtillfällena kan vara betydande.

Vårdkatalogens sammanställning av verksamhetsområden kan delas upp i tre delar:

- En del omfattar högspecialiserad vård av rikskaraktär som kräver betydande 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, vilka verksamheter således är inriktade mot att säkerställa vård för små patientgrupper.

#### **4.5 Verksamheten vid Regionsjukhusen/Universitetssjukhusen**

Universitetssjukhusens sjukvårdsverksamhet omfattar förutom regionvården även länsdelssjukvård till närboende och länsjukvård för det egna landstinget. Länsjukvården utgör den dominerande delen av universitetssjukhusets sjukvårdsverksamhet, oftast mer än 70 % av vårdvolymen mätt som antalet vårdtillfällen slutenvård (se nedan). Sammantaget svarar universitetssjukhusen för en betydande andel av hela rikets sjukhusvård (28,2 %) mätt i vårdtillfällen slutenvård<sup>10</sup>.

Enligt Landstingsförbundets officiella statistik för år 2001<sup>11</sup> uppgick utomlänsvården till 4,6 miljarder kr, att jämföra med den totala kostnaden för hälso- och sjukvården om 132 miljarder kronor. I termen utomlänsvård ingår all vård som utförts åt annan huvudman, vare sig vården består av remitterad högspecialiserad vård (re-

---

<sup>10</sup> Landstingsförbundet, Sjukvårdsdata i fokus 2001

<sup>11</sup> Verksamhet och ekonomi i lansting och regioner – statistik för 2001, landstingsförbundet



gion och riksvård), akut utomlänsvård av länssjukvårdskaraktär eller valfrihetsvård över landstingsgränser. Även rättspsykiatrisk vård som sker vid rättspsykiatriska regioninrättningar i de fall som inte landstinget eller regionen själv driver sådan inrättning. Dessa kostnader uppskattas av Psykansvarskommitten i betänkandet Psykiska störningar, brott och ansvar (SOU 2002:3) till totalt 1 300 miljoner kronor för år 2001, varav således en del betraktas som utomlänsvård enligt ovan.

I Landstingsförbundets uppgift om kostnader för utomlänsvård dominerar region- och riksvården, samtidigt ingår inte den högspecialiserade vården som ges inom Stockholms läns landsting, Västra Götaland och region Skåne för de egna patienterna. En skattning av kostnaderna för högspecialiserad vård även innefattande dessa regioner och med antaget vårdnyttjande som motsvarar befolkningsunderlaget visar att den högspecialiserade vårdens omfattning i riket bör uppgå till ca 6 % av den totala vårdkostnaden.

Den högspecialiserade vården (dvs. den samordnade vården) är inte utformad på ett enhetligt sätt. Vårdutbudet skiljer sig åt mellan regionsjukhusen beroende på i vilken grad länssjukhusen inom sjukvårdsregionen svarar delar av den högspecialiserade vården. Varierande decentralisering av den onkologiska verksamheten till länssjukhus är exempel på sådan variation. Ett annat exempel är inom hjärtsjukvården där verksamhet med ballongvidgning (PTCA) och/eller thoraxkirurgi är förlagda utanför regionsjukhusen i vissa regioner, medan verksamheten är mera centraliserad i andra sjukvårdsregioner.

Inom landstingen Västerbotten, Uppsala, Örebro och Östergötland utgör regionsjukhusen den dominerande delen av respektive landstings sjukhusvård, och således även den dominerande andelen av landstingens ekonomi. I Västra Götaland svarar Sahlgrenska universitetssjukhuset för drygt 45 % av all sjukhusvård i regionen. Inom region Skåne svarar Universitetssjukhuset i Lund och Universitetssjukhuset MAS för 48 % av regionens sjukhusvård, medan Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus svarar för 40 % av vårdproduktionen (mätt i vårdtillfällen slutet vård) inom Stockholms läns landsting. I årsredovisningen för år 2001 redovisar Huddinge sjukhus "marknadsandelar" för Stockholmspatienter exklusive geriatrik, där Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus svarar för 54,6 % av den totala sjukhusvården inom Stockholms läns landsting (källa: "År 2001 i siffror, Huddinge sjukhus 2001").

#### 4.6 Ambulans – helikoptersjukvårdens utveckling

Förändringar i sjukhusstrukturen har bl. a. möjliggjorts av en utveckling av det medicinska omhändertagandet vid skadeplats och under transport till vårdinrättning. Ett centralt behov vid akuta sjukdomstillstånd är att snabbt kunna ge tillgång kvalificerat omhändertagande. För akuta sjukdomstillstånd som ställer krav på avancerad högspecialiserad vård inom rimlig tid krävs en transportorganisation av hög kvalitet såväl i fråga om medicinskt omhändertagande som snabbhet och effektivitet.

För ambulanssjukvården är målsättningen att nå den nödstälde så fort som möjligt. Ambitionen är att nå en patient mellan 6 – 30 minuter efter larm, och detta klaras för mellan 75 – 100 % av befolkningen. Det absoluta flertalet av innevånare i Sverige nås inom 20 minuter med nuvarande ambulansorganisation. I de tre nordligaste landstingen får ca 10 % av befolkningen i genomsnitt vänta mer än 20 minuter efter larm.

Ambulanssjukvården genomgår för närvarande, i olika takt i landets delar, en förändring mot mera av teknisk utrustning i ambulanserna, tele-medicinska hjälpmedel för att nå sjukhusens specialister för diagnostisering och tidiga insatser av behandling, samt sedan ett tiotal år tillbaka även mot en ökad medicinsk kompetens. Andelen sjuksköterskor var 1999 ca 15 % av ambulanspersonalen, numera nyanställes enbart sjuksköterskeutbildad personal vilken även är den kompetens som anges som önskvärd av Socialstyrelsen. Ett fåtal ambulanser har läkare med vid utryckningar (inom storstäderna), förutom att läkare transporteras till större skadeplatser.

Ambulanshelikoptrar finns i Gällivare, Lycksele, Östersund, Uppsala, Stockholm, Göteborg och på Gotland. Av dessa har helikoptrarna i Uppsala och Göteborg avancerad intensivvårdsutrustning, och bemannas med läkare och sjuksköterska. Göteborgshelikoptern togs i bruk 2002, medan Uppsalahelikoptern funnits sedan 1993. Göteborgshelikoptern beräknas klara 1000 primäruppdrag och 200 sekundäruppdrag per år. Uppsalahelikoptern försörjer enbart närområdet (landstinget) med primäruppdrag och har huvudverksamheten för sekundäruppdrag, dvs. transporter mellan sjukhus i mellansverige. Årligen utförs ca 650 uppdrag.

I Norra regionen finns helikoptrarna huvudsakligen för primäruppdrag (Gällivare dock 50 % sekundäruppdrag), och kan vid behov bemannas med läkare – merparten av uppdragen sker dock med sköterskepersonal.

Nyligen har Samverkansnämnden i Norra regionen beslutat att uppvakta försvarsministern angående önskemål om bättre samarbete med försvarets helikopterverksamhet. För driften av Lyckselehelikoptern svarar Försvarsmakten. I Norrland användes även ambulansflyget för sekundärtransporter.

Stockholm har haft helikopterverksamhet sedan 1970-talet, primärt inriktat på skärgårdens behov av akuta transporter. Inriktningen är primäruppdrag, och bemanningen innefattar läkare och sjuksköterska. Antalet uppdrag är årligen ca 2000.

Gotlands helikopter användes för akuta insatser på Gotland, men merparten av transportererna handlar om akuta transporter till fastlandet. Bemanningen är vanligen en anestesijuksköterska och ambulanssjukvårdare. Antalet uppdrag var 1998 ca 180 st.

Ambulanshelikopterverksamheten i Sverige har varit föremål för ett antal utredningar. Flera utredningar och riksdagsbeslut under 1970- och 1980-talen, inte minst i försvarskommittéer och i försvarsbeslut har värdet av en välfungerande helikoptersjuktransportorganisation betonats. Riksdagen avsatte i 1987 års försvarsbeslut 75 miljoner kr för ett system med ambulanshelikoptrar. År 1989 tillsattes en helikopterdelegation med inriktningen att försvarets kommande helikoptrar även skulle svara för sjuktransportinsatser. Delegationen upphörde 1991.

Under år 1992 gavs nytt uppdrag att upphandla helikoptrar för Försvarsmakten men även med avsikt att dessa skulle nyttjas för sjuktransporter i fredstid, varefter 5 helikoptrar upphandlades och placerades i Boden.

1994 tillsattes en utredning om hur resurser som var avsedda för försvarsändamål skulle kunna nyttjas för civila ändamål i fredstid. Utredningen föreslog att försvarets helikoptrar i en nödsituation skulle kunna nyttjas i högre utsträckning (nödhelikopterbegreppet).

I samband med riksdagsbeslut om "Nollvision och det trafik-säkra samhället" gavs Socialstyrelsen i uppdrag att utreda möjligheterna att införa ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem för hela landet. Utredningen, som överlämnades till regeringen i april 1999, föreslog ett införande av 15 ambulanshelikoptrar i landet, och med angivna placeringar för att nå 97,5 % av landets befolkning inom 35 minuter från larm, med sjukvårdsregionerna som huvudmän. Verksamheten beräknades kosta 250 – 300 miljoner kr/år och kostnaderna föreslogs bli delade mellan stat och sjukvårdshuvudmän. Sjukvårdshuvudmännen har visat intresse för en utbyggd ambulanshelikopterverksamhet, men enligt utredningen,

menar huvudmännen att man inte kan prioritera denna insats under de närmaste 3-5 åren.

Utredningen har även beaktat alternativet med läkarbemannade akutbilar i tätbefolkade områden och jämfört insatstider med ambulanshelikopter – beräknat på region Skåne skulle transportorganisationens kostnader vara lika stora, samtidigt som totalt flera läkare och sjuksköterskor måste vara engagerade i den bilburna verksamheten.

#### **4.7 Högspecialiserad verksamhet i sjukvårdsregionerna**

Den högspecialiserade verksamhetens omfattning och ekonomi beskrivs i det följande per sjukvårdsregion. Underlag till avsnittet har hämtats från årsredovisningar och samlats in från samverkansnämndernas kansli.

##### **4.7.1 Stockholmsregionen**

Stockholmsregionen innefattar Stockholms läns landsting och Gotlands kommun och hade vid årsskiftet 2002/03 en befolkning på 1 907 848 invånare vilket ger en befolkningstäthet på 59,67 personer per kvadratkilometer.

Gotland replierar för sin högspecialiserade vård i hög grad på Huddinge sjukhus med vilket Gotland har samverkansavtal, innefattande även kompetensstöd, och stöd för gemensam IT-utveckling.

Den högspecialiserade ögonsjukvården är förlagd till S:t Eriks sjukhus som egen organisatorisk enhet.

Karolinska sjukhuset och Huddinge sjukhus svarar i huvudsak för all högspecialiserad vård åt regionen. Undantaget är vissa områden för riksvård (exempelvis hjärttransplantationer, barnhjärtkirurgi).

Karolinska sjukhuset redovisar för år 2001 drygt 60 000 vårdtillfällen i slutenvård, varav 5 % motsvarar utomlänsvård inom företrädesvis barnmedicin, neurokirurgi, kardiologi, allmän kirurgi och barnkirurgi.

Huddinge sjukhus redovisar för år 2001 totalt 45 500 vårdtillfällen i slutenvård, varav 4 % motsvarar utomlänsvård. Utomlänsvården domineras av patienter från Gotland och Sörm-

land. Utomläns/utlandsvården sker inom barnmedicin, transplantation, hjärtsjukvård och gastroenterologi.

Avtal finns mellan Stockholm och Uppsala vad avser valfrihetsvård, väsentligen från länets norra delar gentemot Uppsala, på motsvarande sätt sker inflöde av valfrihetsvård från Sörmland.

#### 4.7.2 Linköpingsregionen (Sydöstra regionen)

I regionen ingår Östergötlands, Kalmar och Jönköpings läns landsting. Befolkningen uppgick vid årsskiftet till 976 036 invånare vilket ger en befolkningstäthet på 20,78 invånare per kvadratkilometer.

Inom sydöstra regionen har förutom universitetssjukhuset i Linköping även Ryhovs sjukhus i Jönköping en onkologisk klinik, medan Kalmar läns landsting replierar på den onkologiska verksamheten i Linköping. Sedan lång tid har ett systematiskt arbete bedrivits inom regionen i form av framtagande av medicinska program för att bl.a. definiera indikationer för högspecialiserad vård. Inom regionen tillämpas ett debiteringssystem som tydliggör att även Östergötlands landsting är ”köpare” av högspecialiserad vård vid det egna regionsjukhuset.

Universitetssjukhuset i Linköping redovisar för år 2001 en intäkt för utomlänsvården motsvarande nästan 440 miljoner kr, vilket är 21 % av den totalt fakturerade vården vid sjukhuset – sjukhuset fakturerar även all länsvård gentemot det egna landstinget. Den högspecialiserade vården för Östergötlands läns landsting skattats till en kostnad motsvarande 440 miljoner kr för samma år.

Den högspecialiserade vården domineras av hjärtsjukvård, neurokirurgi, hematologi och onkologi. Vård för patienter utanför regionen bedrivs bl.a. inom brännskadevård och ortopedi.

#### 4.7.3 Lund/Malmöregionen (Södra regionen)

I regionen ingår region Skåne, Blekinge och Kronobergs läns landsting samt boende inom Halmstad, Hylte och Laholms kommuner i Hallands läns landsting. Befolkningen uppgick vid årsskiftet till 1 591 679 personer vilket ger en befolkningstäthet på 42,75 invånare per kvadratkilometer.

Inom södra sjukvårdsregionen finns onkologisk klinik i Växjö samt thoraxkliniken vid Blekinge sjukhus i Karlskrona som exem-

pel på decentraliserad verksamhet av delvis högspecialiserad karaktär. Universitetssjukhuset i Lund redovisar för år 2001 en slutenvårdsverksamhet om totalt 49 240 vårdtillfällen varav drygt 8 % avser patienter utanför Skåne. Utomlänsvården intäcker motsvarar för detta år 11 % av de totala vårdintäkterna. Volymen vård åt patienter utanför det egna sjukvårdsdistriktet, beräknat som vårdintäcker motsvarar drygt 28% av de totala vårdintäkterna. Verksamhetsmässigt domineras utomlänsvården av barnsjukvården inklusive barnhjärtkirurgin, hjärtsjukvård inklusive hjärt- och lungtransplantationer och reumatologi.

Den högspecialiserade vården, inklusive sådan vård åt region Skåne, domineras av hjärtsjukvården, barnsjukvård, neurokirurgi, psykiatri och onkologi.

Universitetssjukhuset i Malmö har en mycket hög andel av sin verksamhet för det egna sjukvårdsdistriktet, motsvarande nästan 90 % av de totala intäkterna för hälso- och sjukvård år 2001. Den totala vårdvolymen mätt som vårdtillfällen sluten vård motsvarar 52 500, varav nära 1 800 avser vård för patienter utanför Skåne.

Intäkten för utomlänsvård motsvarar 3,5 % av de totala vårdintäkterna. Den högspecialiserade vården domineras av verksamhet inom plastikkirurgi, handkirurgi, kärlkirurgi och transplantation. Sjukhuset svarar även för en betydande del av onkologisk vård åt andra delar av region Skåne.

Verksamheten vid thoraxkliniken vid Blekinge sjukhus i Karlskrona omfattade år 2001 bl.a. 550 hjärtoperationer samt drygt 100 thoraxoperationer i övrigt, och drygt 500 PTCA-ingrepp. Totalt hade kliniken en verksamhetsvolym motsvarande nära 2000 vårdtillfällen. Klinikens totala vårdintäkt för detta år var 124 miljoner kr, varav landstingen i Blekinge och Kronoberg svarar för merparten. Även patienter från region Skåne har behandlats, samt en mindre andel patienter från Halland respektive Kalmar läns landsting.

#### **4.7.4 Göteborgsregionen (Västra regionen)**

I regionen ingår Västra Götalands län samt Kungsbacka, Varberg och Falkenbergs kommuner i Hallands län. Befolkningen uppgick vid årsskiftet 2002/03 till 1 667 045 personer vilket ger en befolkningstäthet på 42,17 personer per kvadratkilometer

Västra Götaland är i hög grad självförsörjande i fråga om högspecialiserad vård med visst undantag av riksvårdsverksamheter på

andra universitetssjukhus. Onkologiska kliniker finns vid två av länssjukhusen, och PTCA-verksamhet, väsentligen inriktad på elektiv verksamhet dagtid finns vid fyra sjukhus utanför Sahlgrenska universitetssjukhuset.

Sahlgrenska universitetssjukhuset är ett av de större sjukhusen i Europa med en slutenvårdsvolym för år 2001 omfattande närmare 103 000 vårdtillfällen i slutenvård vid enheterna Sahlgrenska, Östra sjukhuset och Mölndal. Vårdintäkterna av utomlänsvård utgjorde detta år ca 7% av sjukhusets totala vårdintäkter.

Sjukhusets egen redovisning av andelen högspecialiserad vård vid sjukhuset, inkluderande högspecialiserad vård åt den egna regionen, detta år omfattar ca 24 % av det totala antalet vårdtillfällen. Samma redovisning visar att drygt 4 % av det totala antalet vårdtillfällen avser högspecialiserad vård åt andra huvudmän än Västra Götaland. Vård av rikskaraktär vid sjukhuset, vars omfattning även är inräknad i den högspecialiserade vården ovan, beräknas till 6 % av den totala vårdvolymen, varav dock en stor del avser vård åt den egna regionen. Härvidlag torde definitionen "riksvård" vara vidare än att enbart handla om verksamheter upptagna i Vårdkatalogen. Volymerna högspecialiserad vård finns inom hjärtsjukvården, neurosjukvården, transplantation och kirurgi/ortopedi.

#### 4.7.5 Uppsala/Örebroregionen

I regionen ingår Uppsala, Södermanlands, Värmlands, Örebro, Västmanlands, Gävleborgs samt Dalarnas läns landsting. Regionen är till befolkningsantalet landets största med 1 917 052 invånare. Befolkningsstätheten är 16,87 invånare per kvadratkilometer.

Inom Uppsala/Örebroregionen finns onkologiska kliniker vid fyra av de fem länssjukhusen, förutom vid regionsjukhusen i Uppsala och Örebro. PTCA-verksamhet finns på motsvarande sätt decentraliserad till fyra av fem länssjukhus, och viss elektiv thoraxkirurgisk verksamhet bedrivs vid Mälarsjukhuset i Eskilstuna, med stöd av thoraxkirurgisk kompetens från Akademiska sjukhuset.

Akademiska sjukhuset och universitetssjukhuset i Örebro svarar i hög grad sammantaget för regionens behov av högspecialiserade vård. Barnhjärtkirurgi bedrivs vid Sahlgrenska universitetssjukhuset, och samverkan finns på transplantationsområdet med Hudinge respektive Sahlgrenska sjukhusen i fråga om lever- och hjärttransplantationer.

Akademiska sjukhusets slutenvårdsvolym för år 2001 motsvarar 54 000 vårdtillfällen, varav drygt 16 500 (30,8%) avser utomlänsvård. Intäkterna för utomlänsvård år 2001 var 1 050 miljoner kr, vilket motsvarar drygt 26 % av sjukhusets totala kostnader. Dominerande områden för den högspecialiserad verksamheten är neurosjukvård, hjärtsjukvård, specialiserad barnsjukvård, allmän kirurgi, specialiserad invärtesmedicinsk vård och hand- och plastikkirurgi (inkl brännskadevård).

Universitetssjukhuset i Örebro hade för år 2001 en total slutenvårdsverksamhet motsvarande drygt 36 000 vårdtillfällen, varav 4 200 för utomlänsvård (11,5 %). Utomlänsvårdens intäkter motsvarade 200 miljoner kr, vilket var 8,7 % av sjukhusets totala kostnader. Utomlänsvården domineras av hjärtsjukvård, men innefattar även ögonsjukvård, öron, specialiserad internmedicin och kirurgi.

#### 4.7.6 Umeåregionen (Norra regionen)

I regionen ingår Västernorrlands-, Jämtlands-, Västerbottens- samt Norrbottens läns landsting. Regionen är landets minsta med en befolkning på 881 128 invånare, den är i förhållande till riket i övrigt glest befolkad med endast 3,36 personer per kvadratkilometer.

Inom Norra sjukvårdsregionen svarade Norrlands universitetssjukhus i Umeå år 2001 för mellan 73 % och 86 % av landstingens högspecialiserade vård. De största vårdvolymerna finns inom kardiologi, onkologi, thoraxkirurgi, neurokirurgi och barnmedicin.

Vid Norrlands universitetssjukhus vårdades år 2001 ca 7 700 patienter i slutenvård från de övriga landstingen i regionen motsvarande 22 % av slutenvårdsvolymer vid sjukhuset, till en total kostnad (inkl kostnader för öppen vård) för de tre landstingen om 434 miljoner kronor. Norra sjukvårdsregionen skattar i sin sammanfattning av verksamheten för år 2001 den totala kostnaden för högspecialiserad vård för Västerbottens läns landstings invånare till 237 miljoner kr. Den totala kostnaden för högspecialiserad vård vid Norrlands universitetssjukhus skulle således motsvara ca 758 miljoner kr för år 2001. Den högspecialiserade vården vid Norrlands universitetssjukhus domineras av hjärtsjukvård (kardiologi och thoraxkirurgi), onkologi, neurokirurgi och subspecialiteter inom internmedicin och barnmedicin.

Norra sjukvårdsregionen remitterade detta år patienter till andra regionsjukhus motsvarande 2 183 vårdtillfällen slutenvård och till



en kostnad om totalt 143 Mkr. Akademiska sjukhuset svarade för 41 % av vården (exempelvis barnsjukvård, plastikkirurgi, viss neurovård, specialiserad kardiologi), Sahlgrenska för 26 % (transplantationer) och Huddinge sjukhus för 12 % (transplantationer).

## 5 Intervjuer med landstingen

Under perioden februari 2003 till juni 2003 genomfördes intervjuer med samtliga sjukvårdshuvudmän (21 st). Vårt syfte var att få en övergripande bild av den högspecialiserade sjukvården, dess funktion och eventuella brister. Vi fick genomgående möta tjänstemän och politiker i ansvarig ställning på hög nivå.

### *Regionindelning*

Samtliga landsting är nöjda med nuvarande regionindelning, förutom vissa mindre önskemål om spekulativa gränsjusteringar så finns det inget uppfångat behov att ur landstingens synvinkel ändra på regionindelningen.

Landstingen avvisar en mer aktiv upphandling som ett alternativ till regionsamverkan. Enstaka landsting arbetar med upphandlingar inom regionen och det finns visst intresse för att ingå långsiktigt avtal med sjukhus utanför den egna regionen. Samtliga landsting understryker dock vikten av långsiktighet i relationen. Kortsiktigt upphandlingslösningar avvisas då vårdkedjan för sin funktion är i behov av långsiktighet.

### *Samverkan i sjukvårdsregionerna*

Absoluta flertalet landsting ger en positiv bild av samverkan i sjukvårdsregionerna. Halland anser att det konkreta samarbetet i västra sjukvårdsregionen i vissa avseenden minskat när Västra Götalandsregionen bildades. Halland pekar samtidigt på fördelar med att höra till två sjukvårdsregioner.

Uppsala/Örebro regionen enades i början på 90 talet om ett nytt regionavtal där regionsjukhusen i Örebro och Uppsala ställdes inför en inbördes skarpare konkurrenssituation vilket kom att försvåra regionsamarbetet. Samverkan i regionen kom att ske dels i en östlig del genom den s.k. fyrklöversamverkan mellan landstingen i Uppsala, Västmanland, Dalarna och Gävleborgs län, dels i en västlig länk mellan Värmland och Örebro. Under senare år har en gemensam verksamhetsplan utarbetats som bidragit till att stärka samverkan inom regionen och alla landsting understryker vikten av långsiktig samverkan.

I norra regionen planerar man ett starkare gemensamt ansvar för den högspecialiserade vården vid NUS. Man har inte löst frågan om hur denna vård avgränsas från länssjukvården.

Sydöstra regionen (Linköping) innehåller tre nöjda landsting. Samarbetet fungerar uppenbarligen bra, kanske främst genom ett strategiskt arbete från Östergötlands del vilket har skapat ett mycket gott förtroende hos de övriga.

Stockholmsregionen är speciell och avviker i stor utsträckning från andra regioner, inte minst genom de ekonomiska problem som SLL har. Den egna strukturöversynen som man nu tvingas in i genom de ekonomiska problemen leder till en problembild som i stort är skild från landet i övrigt.

#### *Samverkan mellan sjukvårdsregionerna*

I dag sker ingen organiserad samverkan mellan sjukvårdsregionerna. Kalmar nämner detta som en möjlighet i stället för att styra vården centralt. Vissa landsting diskuterar också möjligheter att i samförstånd försöka komma överens mellan sjukvårdsregionerna om vårdlokalisering m.m. Andra anser att detta enbart är möjligt som en mycket löst organiserad samrådsgrupp. Enigheten förefaller vara ganska stor om att landstingen inte skall hantera frågor som kan skapa oenighet dem emellan.

#### *Rikssjukvården*

Det finns en allmän insikt i så gott som samtliga landsting om att det nuvarande systemet för rikssjukvård har en hel del brister. Vårdkatalogen är inte ett fungerande koncept för styrning. Det finns också en uppfattning bland "köparlandstingen" att kostnads-

utvecklingen inom riks- och regionsjukvården har varit hög. Generellt kan konstateras en stark acceptans för mer distinkt styrning av rikssjukvården men att denna måste grunda sig på kvalitativ fakta, inte på subjektiva uppfattningar. Man ser det också som centralt att styrningen fungerar i praktiken så att man inte kan runda systemet. Skall styrning ske måste någon form av kraft finnas bakom.

För att komma tillrätta med problemen med bristande samordningen på riksnivå kan inte mindre än 18 av landstingen tänkas acceptera en mer distinkt statlig styrning av rikssjukvården. Vi har i dessa fall ställt frågan om man anser att Landstingsförbundet eller annan organisation som står landstingen nära bör styra, detta har i samtliga fall avvisats med motivet att Landstingsförbundet är en samverkansorganisation som inte bör döma av i frågor där det finns meningsskiljaktigheter mellan medlemmarna.

Samtliga landsting understryker på eget initiativ att en eventuell styrning måste bli så tydlig att systemet respekteras. Det får således inte enbart bli en fråga om uttalanden från statens sida utan måste innefatta antingen ekonomiskt stöd eller någon form av sanktion.

De landsting som är tveksamma eller motsätter sig en statlig styrning är tre: Jönköping, Kronoberg och Kalmar. Medan Kalmar är aktivt och starkt kritiskt mot tanken så redovisar Jönköping och Kronoberg en mer tveksam inställning. I Kalmar föreslås att en nämnd skall bildas av ordförandena i de sex samverkansnämnder med uppdrag att hantera frågor om lokalisering av rikssjukvård.

### *Internationellt samarbete*

Flertalet landsting bejakar ett internationellt samarbete både inom EU och Norden om sjukvården. Samtidigt så redovisas från de större landstingen ofta uppfattningen att Sverige bör kunna erbjuda all tänkbar vård inom riket. En majoritet av landstingen kan tänka sig ett mer aktivt samarbete inom Norden där möjlighet finns att i större och mer organiserad utsträckning än i dag samordna viss högspecialiserad vård.

Ett samarbete på europainivå välkomnas av så gott som samtliga, men man är mer tveksam till att aktivt sända patienter till Europa för behandling. Absoluta villkor för detta bör vara att kvalitet och patientsäkerhet är garanterade. Vid vår följdfråga om att ett samarbete kan kräva att vi sänder en viss kvot utomlands så blir man mer positiv men framhåller att prissättningen måste styra.

*Styrning av rikssjukvården*

Vårdkatalogen visade sig vara en förhållandevis okänd, och lite använd produkt. Dess värde framhölls i första hand som ett referensmateriel som anses ge viss legitimitet åt en verksamhet. I många landsting skedde remitteringen helt på andra vägar, i första hand inom regionen i andra hand efter läkarnas eget specialitetsvisa kontaktnät.

Samtidigt rådde stor enighet om att katalogen bör finnas kvar intill dess ett nytt system trätt i kraft.

*Övriga frågor*

I princip påtalar samtliga landsting att man ser stora problem med att finansiera sjukvården under de kommande åren. Kostnadsökningarna inom vården har under senare tid kommit att överstiga tillväxten i skatteunderlaget med 3 – 5 %. Kostnadsökningarna inom den högspecialiserade vården har generellt varit större än inom den löpande sjukvården.

Många av landstingen tar också upp frågeställningar som rör strukturfrågorna i vården, i huvudsak med utgångspunkten i ett behov av en statlig norm att väga av vårdstrukturen mot.

Några landsting har också pekat på svårigheten att ”styra” läkargrupperna. Av detta skäl efterfrågas ett tydligare statligt regelverk där det klarare framgår t.ex. vilka behandlingsmetoder som skall användas.

Både i strukturfrågorna och när det gäller styrningen (och också i andra sammanhang) efterfrågas någon form av generell kvalitetsvärderare av sjukvårdsproduktionen. Koppling görs också mellan detta och behovet av kvalitativt instrument som underlag för beslut om lokalisering av olika typer av vård.

## 6 Klinisk forskning

### 6.1 Avgränsning av arbetet

Med hänvisning till projektets uppdrag har vi huvudsakligen inriktat arbetet rörande klinisk forskning mot de regionsjukhus/landsting som omfattas av ALF<sup>12</sup> -avtalet samt de medicinska fakulteter som man samverkar med. Klinisk forskning i det övriga sjukvårdssystemet kommer endast att beröras översiktligt.

Vi har genomfört en kartläggning och analys i syfte att pröva situationen inom den kliniska forskningen. Vi har strävat efter att klargöra vilka förändringar som skett under de senaste decennierna och att analysera vilken effekt dessa haft på förutsättningarna att bedriva klinisk forskning.

### 6.2 Ansvarförhållanden för forskning

Forskning är i huvudsak ett statligt ansvar. En stor del av den statligt finansierade forskningen bedrivs inom universitetsvärlden. De medicinska fakulteterna finansieras med statliga anslag, offentliga eller privata externa medel eller som uppdragsforskning. Sjukvårdshuvudmännen har likaså ett betydande ansvar för den kliniska forskningen, både via de av staten erhållna ALF-medlen och med egna medel.

---

<sup>12</sup> *ALF avtal*, avtal träffat mellan svenska staten och vissa landsting rörande samarbete om grundutbildningen av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården.

### 6.2.1 Staten

Statens övergripande styrning av svensk forskning sker genom de återkommande forskningspropositionerna. I de senaste har regeringen prioriterat naturvetenskaplig och teknisk forskning, framför medicinsk. För att främja forskningens kvalitet har en allt större del av statens nytillkomna stöd till forskningen fördelats i konkurrens efter ansökan genom forskningsråden och en allt mindre del har fördelats till universiteten via fakultetsanslag.

I de lagar och förordningar som styr högskoleväsendet förekommer inte begreppet klinisk forskning, utan begreppet medicinsk forskning används för att beskriva all forskning med medicinsk anknytning. Utbildning och forskning inom högskoleområdet regleras i ett flertal lagar och förordningar vilka har betydelse för klinisk forskning.

I Högskolelagens (HL 1992:1434) första kapitel slås fast att högskoleutbildning ska vila på vetenskaplig grund samt på beprövad erfarenhet och att verksamheten skall bedrivas så att det finns ett nära samband mellan forskning och utbildning. Vidare stadgas forskningens frihet, dvs. att forskningsproblem fritt får väljas, forskningsmetoder fritt får utvecklas och forskningsresultat fritt får publiceras (HL, 1 kap. 2, 3 och 6 §§). I högskoleförordningen (1993:100) fastslås att ett medicinskt vetenskapsområde skall finnas för forskarutbildning. En central princip inom universitet och högskola är det kollegiala självstyret dvs. att de vetenskapligt kompetenta lärarna väljer eller lämnar förslag på sina företrädare inom universitetets olika ledningsorgan, t.ex. rektor, ordförande och ledamöter i fakultetsnämnd mm. Universitetens inre organisation varierar. Systemet borgar för forskarnas och forskningens frihet, men innebär samtidigt att beslutsprocesser kan bli långa.

### 6.2.2 Sjukvårdshuvudmännen

Sjukvårdshuvudmännens ansvar för klinisk forskning är preciserat i § 26 b Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) (HSL) efter förslag från utredningen HSU 2000 i betänkandet "Landstingens ansvar för kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete" (SOU 1994:132). I paragrafen regleras landstingens ansvar att medverka vid finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom vården.

Lagändringen lades fram för riksdagen i 1996 års forskningspolitiska proposition Forskning och samhälle (prop. 1996/97:5) och syftade till att göra ett förtydligande av det förhållande som redan gällde. Mot bakgrund av den då pågående omstruktureringen av hälso- och sjukvården där införandet av nya ekonomiska styrsystem var en viktig del bedömde regeringen att förutsättningarna för det kliniska forsknings- och utvecklingsarbetet hade förändrats. Det hade därför uppstått ett behov av att tydliggöra ansvarsfördelningen mellan stat och landsting vad gäller finansiering, planering och genomförande av kliniskt forsknings- och utvecklingsarbete inom hälso- och sjukvårdens område.

Regeringen pekade vidare i propositionen på att finansieringen av klinisk forsknings- och utvecklingsverksamhet i huvudsak skedde genom statliga medel som anvisats universitet och högskolor, forskningsråd och med medel som betalas ut till sjukvårdshuvudmännen med anledning av avtalen om samarbete om läkarutbildning och forskning m.m. (ALF). Sjukvårdshuvudmännen bidrog dock också med betydande belopp. Kostnaderna hade tidigare vanligtvis inrymts i de olika sjukvårdsenheternas anslag och hade inte särskiljts från den övriga sjukvårdsverksamheten. Man hade därför inte haft full klarhet i hur mycket resurser som gått till forsknings- och utvecklingsverksamhet. När nya styrmetoder införts, med bl.a. ersättning för utförd prestation, var det inte längre alltid möjligt att på samma sätt som tidigare budgetera resurser för forskning på ett allmänt, för hela verksamheten gemensamt anslag. Regeringen ansåg det därför nödvändigt att försöka identifiera och särredovisa även kostnaderna för forsknings- och utvecklingsverksamhet i landstingens redovisning.

I propositionen fördes även en diskussion om behovet av regional samverkan kring den kliniska forskningen. Flertalet remissinstanser ansåg att det funnits ett behov av att reglera formerna för samverkan mellan landsting, sjukvårdsregion och fakultet för att uppnå ett dynamiskt forskningsklimat. Universitetets och högskolornas roll skulle vara att göra en bedömning av forskningens inomvetenskapliga relevans. Regeringen ansåg det av vikt att betona behovet av sådan samverkan men att de ansatser som fanns var positiva och att det därför inte fanns skäl till att lagfästa denna samverkan.



### 6.2.3 Vetenskapsrådet m.m.

En central instans genom vilken staten styr och finansierar forskning är den statliga myndigheten Vetenskapsrådet (VR) som har ett nationellt ansvar för att utveckla svensk grundforskning och forskningsinformation. VR har tre huvuduppgifter: forskningsfinansiering, forskningspolitiska frågor och forskningsinformation. VR har inom sig flera ämnesråd, varav ett med huvudansvar för medicin. Detta ger stöd till medicinsk forskning inom hela det medicinska fältet: medicin, farmakologi, odontologi och vårdvetenskap. Under år 2002 fördelade det medicinska ämnesrådet närmare 360 miljoner kronor till medicinsk forskning. Särskilda satsningar gjordes inom genterapi, diabetesforskning, odontologi och etik i vården.

VR har en central betydelse för den medicinska forskningen i Sverige. Statliga forskningsresurser fördelas genom VR i konkurrens efter noggrann vetenskaplig värdering av vetenskapligt kompetenta forskare. VR har stor trovärdighet i forskarsamhället och VR:s beslut om anslagstilldelning blir därför ofta också normgivande för andra anslagsgivare, både privata och allmänna. Även de medicinska fakulteterna använder i sina interna system för fördelning av forskningsmedel ofta VR:s anslagstilldelning som norm. Vid tillsättning av professorer anses det vara meriterande om forskningsanslag erhållits från VR. Ofta tillämpar de lokala ALF-avtalen också fördelningsprinciper som i hög grad tar hänsyn till externa anslag, exempelvis forskningsmedel från VR. Således har VR en styrande påverkan på medicinsk forskning som är betydligt större än de ekonomiska medel man fördelar och VR:s vetenskapliga prioriteringar och vägval får stor betydelse för den medicinska forskningens inriktning. I enlighet med sin instruktion (SFS 2000:1199) styrs rådet i hög grad av rent vetenskapliga principer, och tar inget särskilt ansvar för koppling mellan utbildning och forskning, eller för sjukvårdsutvecklingen.

Under åren 1993 - 1994 bildades sju stiftelser med löntagarfondsmedel. Dessa stiftelser stödjer i huvudsak naturvetenskaplig och teknisk forskning och i mindre grad medicinsk forskning, även om medel tillskjuts för sådan forskning. Endast en stiftelse har medicinsk inriktning, nämligen Vårdalstiftelsen som stödjer forskning inom vård och allergi.

Förutom VR finns tre statliga myndigheter med uppgifter att finansiera forskning. Dessa är Verket för innovationssystem (VINNOVA), forskningsrådet för arbetsliv och socialvetenskap (FAS)

och forskningsrådet för miljö, areella näringar och samhällsbyggnad (Formas). Ingen av dessa myndigheter har fokus på medicinsk forskning, förutom FAS som har stort fokus på yrkes- och socialmedicin<sup>13</sup>.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att värdera medicinsk praxis. SBU bedriver egentligen ingen egen medicinsk forskning, utan har som uppgift att stimulera och sammanställa tillgänglig forskning som grund för s.k. evidensbase-rad sjukvård. SBU har en styrande effekt på medicinsk forskning bl.a. genom att uppmärksamma områden där den vetenskapliga grunden för medicinsk verksamhet är bristfällig, och ta initiativ till forskning inom sådana områden.

Socialstyrelsen har en indirekt roll för medicinsk forskning genom uppdraget i sin instruktion (SFS 1996:570) att följa forskning av betydelse inom verksamhetsområdet. En viktig del i SoS verksamhet är arbetet med olika epidemiologiska register.

#### 6.2.4 Samverkan mellan stat och landsting

Statens och landstingens samverkan sker framförallt genom de s.k. kombinationstjänsterna och genom ALF-avtalet mellan staten och vissa landsting med medicinska fakulteter på orten.

##### *Kombinationstjänster*

Under första hälften av 1900-talet byggdes läkarutbildningen ut och utöver de då två statliga sjukhusen, Akademiska sjukhuset och Karolinska sjukhuset, togs ytterligare sjukhus i anspråk. Sjukvårdshuvudmännens skyldigheter i fråga om sjukvård reglerades genom olika lagar, bl.a. genom den numera upphävda sjukvårdslagen (1962:242). I denna lag reglerades även vilka läkartjänster som skulle förekomma i sjukvårdsorganisationen och om tillsättning av dessa tjänster. Lagen gav också konungen rätt att särskilt förordna om de läkartjänster som användes för läkarutbildningen. Detta skedde genom kungörelsen (1970:704) om kommunala undervisningssjukhus, allmänt kallad KUSK. Denna kungörelse reglerade förhållande för de läkare som var anställda vid sjukhusen. Enligt 4 och 5 §§ KUSK fick en tjänst som överläkare eller biträdande

---

<sup>13</sup> Vetenskapsrådet, Rapport 4, 2002

överläkare vara förenad med en tjänst som lärare vid universitet. KUSK reglerade även tillsättningsordningen för dessa tjänster.

De ovan nämnda avtalen om samverkan reglerade också förhållandena mellan staten som ansvarig för läkarutbildning och medicinsk forskning å ena sidan och kommunerna/landstingen som huvudmän för sjukvården å andra sidan. Innan de två statliga universitetssjukhusen<sup>14</sup> kommunaliserades (1981 resp. 1982) reglerade avtalen också ersättningar från de kommunala huvudmännen till staten för tillhandahållande av sjukvård vid de statliga universitetssjukhusen.

Genom tillkomsten av en ny hälso- och sjukvårdslag (1982:763) avreglerades tjänstestrukturen vid sjukhusen och därmed fanns ett behov att genomföra förändringar även av KUSK. Samtidigt som hälso- och sjukvårdslagen infördes, antogs också lagen (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplåtna enheter m.m. Vissa av de bestämmelser som reglerades genom KUSK, och som inte gällde organisation av sjukvården, fördes in i den nya lagen.

Lagen om vissa anställningar vid upplåtna enheter m.m. har successivt ändrats bl.a. genom att förändringar skett inom högskolans område. Regeringen har tillkallat en särskild utredare med uppdrag att bl.a. överväga lämpligheten av att åstadkomma en ordning med universiteten som enda arbetsgivare. Utredaren bör i det sammanhanget bl.a. närmare analysera vilka villkor som bör regleras genom lag samt vilka andra villkor som vid en förändring bör kunna regleras genom avtal mellan staten och landstingen.(dir. 2003:78).

#### *ALF-avtalet*

Genom ALF-avtalet regleras förhållandet mellan staten och de landsting som upplåter sin verksamhet för de medicinska fakulteternas forskning och läkarutbildning. Syftet är att reglera de kostnader som genereras hos sjukvårdshuvudmannen för klinisk forskning och utbildning. ALF-avtalet är den viktigaste formella länken mellan staten och landstingen när det gäller medicinsk forskning och utbildning.

Grunden för detta avtal är att staten ersätter landstingen för sådana kostnader som uppstår på grund av att universiteten bedriver undervisning och forskning inom landstingens

---

<sup>14</sup> *Universitetssjukhus*, regionsjukhus med medicinsk fakultet på orten, samt Universitetssjukhuset i Örebro, som är ett regionsjukhus med ett långtgående samarbete med medicinska fakulteten i Linköping.

organisation. Nyligen har ett nytt avtal mellan staten och vissa landsting med medicinska fakulteter på orten ingåtts. I detta avtal som gäller från 2004 poängteras betydelsen av samarbete om utbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. Man har kommit överens om att tillsammans bygga upp ett nytt system för ersättning för landstingens åtagande att medverka i läkarutbildning och kliniskt inriktad medicinsk forskning, med betoning på den patientnära forskningen.

### 6.2.5 Näringslivet

Överförandet av vetenskapliga rön, nya metoder och terapier från grundläggande forskning via klinisk forskning och utveckling till klinisk rutinanvändning, går nu förtiden till stor del via näringslivet och mera sällan direkt mellan preklinisk och klinisk forskning inom ramen för en medicinsk fakultet. Inte sällan är det industrin som tar initiativ till samarbete med de medicinska forskarna. Utvecklingen har lett till allt mer integrerad verksamhet mellan industrin och sjukvården, vilket innebär att denna kunskapsöverföring inte i samma grad som tidigare är beroende av att den grundläggande och kliniska medicinska forskningen är sammanflätade i samma organisation, dvs. de medicinska fakulteterna. Detta har flera implikationer, vi ser bl.a. en delvis ny relation uppstå mellan sjukvård och näringsliv. En delvis ny relation har också vuxit fram mellan universiteten och näringslivet, där forskare inom den mer grundläggande forskningen ofta bedriver delar av sin verksamhet i bolagsform där forskarna själva har betydande ägarandel.

Den offentliga sjukvården prissätter alla sina tjänster, både interna och externa, varför samverkan mellan näringsliv och sjukvården antar allt mer en affärsrelation, där läkemedelsprövning o.d. kan ses som en del av sjukhusets tjänsteproduktion. Vi har erfarenhet från representanter för näringslivet att det blivit allt svårare att etablera väl fungerande samarbeten med sjukhusen, man vet ofta inte vem man har sin affärsrelation med, den enskilde forskaren, sjukvårdshuvudmannen och/eller universitetet?

Ett annat område som näringslivsföreträdare framhåller som problematisk är samarbetet mellan företag, enskilda forskare, sjukvården och universiteten å den ena sidan, och de etiska kommittéerna å den andra. En oklar organisation och ansvarsfördelning leder till att samarbetet med de etiska kommittéerna upplevs som långsamt och byråkratiskt och de etiska kommittéernas beslut tar enligt

företagen för lång tid, vilket är en konkurrensnackdel för den svenska sjukvården.

Företrädare för svensk läkemedelsindustri har i olika sammanhang påpekat att denna industrisektor också är viktiga avnämare för forskarutbildade läkare och för kliniska forskare, och att denna kompetensförsörjning är av stor betydelse för att upprätthålla kvalificerad läkemedelsindustriell verksamhet i Sverige. En försämrad kvalitet när det gäller denna kompetens försvagar också Sveriges ställning inom läkemedelsindustriell verksamhet. Å andra sidan utgör näringslivet en allt viktigare konkurrent till universitet och sjukvård om välmeriterade kliniska forskare som av näringslivet erbjuds betydligt bättre ekonomiska och andra villkor än de som ges av offentliga arbetsgivare.

I näringslivet har läkemedelsindustrin en dominerande ställning när det gäller samarbetet med sjukvården, men under senare tid har biomedicinsk och bioteknisk verksamhet fått en alltmer framträdande plats. Runt universiteten har många mindre företag, ofta sprungna ur universitetsforskning, vuxit fram och de börjar få viss betydelse för den kliniska forskningen, men ännu är verksamheten i de flesta av dessa företag i en tidig utvecklingsfas och ur ett kvantitativt perspektiv spelar de än så länge liten roll för sjukvården och kunskapsutvecklingen inom sjukvården.

#### **6.2.6 Organisationer m.m.**

Det finns i Sverige ett stort antal organisationer, stiftelser och fonder (t.ex. Cancerfonden, Hjärt-lungfonden, Hjärnfonden m.fl.) som fördelar medel för medicinsk forskning. Dessa har i många fall inom sina respektive områden en betydande styrande inverkan genom sina prioriteringar och denna ökar i takt med att universiteten blir mer beroende av externa anslag för sin verksamhet. Graden av påverkan låter sig dock knappast värderas i nuläget.

De fackliga organisationerna Läkarförbundet och Vårdförbundet utgör också viktiga aktörer i forskningsfrågor, inte minst när det gäller kopplingen mellan forskning, utbildning, vidareutbildning och yrkesverksamheten. Svenska Läkarsällskapet intar en särställning genom sin roll som företrädare för läkarprofessionen, med en starkt inflytande över såväl sjukvård som medicinska forskningsfrågor.

### 6.2.7 Den enskilde forskaren

Den enskilde kliniske forskarens situation är förmodligen en av de viktigaste faktorerna för den kliniska forskningen. Man har i flera sammanhang visat att det skett en attitydförskjutning bland yngre läkare och att allt färre är intresserade av klinisk forskning. Det ligger utanför detta projekt att värdera orsakerna till detta, men av avgörande betydelse torde bristen på incitament vara. Både lön, status, meritvärde m.m. uppfattas uppenbarligen av många yngre läkare som svaga och inte motsvara den arbetsinsats en kombinerad klinisk och vetenskaplig utbildning kräver. Samtidigt börjar nya personalkategorier etablera sig som forskare inom sjukvården.

## 6.3 Om forskning

Forskning kan i allmänna termer indelas i grundforskning och tillämpad forskning. Inom det medicinska vetenskapsområdet används sällan dessa begrepp, främst för att gränsdragningen är svår. VR använder termen medicinsk forskning och avser då både grundforskning och tillämpad forskning.

Inom bl.a. landstingsvärlden och näringslivet används begreppet forskning och utveckling (FoU) för att beskriva verksamhet av både forsknings- och utvecklingskaraktär. FOU innebär systematiskt och metodiskt sökande efter ny kunskap eller nya idéer med eller utan en bestämd tillämpning i sikte. Vidare att systematiskt och metodiskt utnyttja forskningsresultat, vetenskaplig kunskap och nya idéer för att åstadkomma nya produkter, nya processer, nya system eller väsentliga förbättringar av redan existerande sådana.

Det grundläggande kriteriet för att skilja FoU<sup>15</sup> från närbesläktade vetenskapliga och tekniska aktiviteter är att det i FoU-verksamheten ska finnas ett tydligt nyhetsmoment. I FoU-verksamhet ingår även aktiviteter som är direkt stöd till forskningsarbetet, till exempel utskrift av forskningsrapporter, arbete med ansökningar om medel för forskningsprojekt, att söka och studera litteratur till forskningsprojekt, förberedelser för experiment m.m.

Det är ofta svårt att skilja på vad som är forskning och vad som är utveckling. I sammanhanget bör påpekas att begreppet forskning i strikt akademisk mening innebär förutsättningslöst sökande av ny och viktig kunskap, medan FOU ofta ses som mer inriktad på en

---

<sup>15</sup> Högskoleverkets hemsida <http://www.hsv.se/sv/CollectionServlet/39/387.html>

viss verksamhet. Sådan tillämpning och anpassning kan också innehålla mer eller mindre tydliga inslag av forskning av akademisk karaktär. Klinisk forskning har inslag av både förutsättningslöst sökande av ny kunskap och FoU.

### 6.3.1 Ökad preklinisk inriktning

Den medicinska forskningsfronten har sedan några decennier tydligt utvecklats i en allt mer preklinisk, experimentell riktning. Främst är det genombrott inom molekylärbiologin, inte minst den molekylära genetiken, som har lett in i denna nya era. Denna forskning förutsätter också annan kompetens än läkarutbildning vilket har lett till att andra yrkesgrupper i ökande omfattning etablerat sig inom den medicinska forskningen.

Läkare är i dag en minoritet inom de medicinska fakulteternas prekliniska institutioner. När 40-talist generationen börjar pensioneras kommer få läkarutbildade forskare finnas inom den grundläggande medicinska forskningen. Forskare med annan kompetens än läkare (t.ex. naturvetare och ingenjörer) ökar också inom den laboratorieforskning som sker vid kliniska institutioner, och även vid många av dessa finns numera flera forskarstuderande med annan utbildningsbakgrund än läkarutbildning.

Det finns naturligtvis mer än en förklaring till att andelen med läkarexamen minskar. Viktiga förklaringar är troligen såväl att den moderna forskningsmetodiken kräver en fördjupning och ett specialkunnande som ligger långt från läkarens som att de förändringar av forskarutbildningens meritvärde för läkartjänster utanför universitetssjukhusen som skett successivt under 1980- och 90-talen.

I hälso- och sjukvårdslagen fanns tidigare regler om att befordringsgrunden för läkartjänster var "förtjänst och skicklighet" liksom för andra offentliga tjänster. I fråga om överläkare och biträdande överläkare vid större sjukhus gällde att vetenskaplig skicklighet och undervisningsskicklighet tillmättes speciellt värde. Tjänsterna tillsattes efter särskilda sakkunnig förfaranden. Skälet till att den vetenskapliga kompetensen betonades även för läkare utanför universitetssjukhusen var synen på att vården snabbt behövde utvecklas i takt med den medicinska vetenskapens utveckling.

Läkaryrket var tidigare det yrke utanför högskolan där forskarutbildningen hade det största reella meritvärdet. Detta är inte längre fallet.

Den molekylärbiologiska era vi befinner oss i har ännu liten koppling till sjukvården och dess utveckling, även om hoppet är att de vetenskapliga rön denna forskning genererar, via den kliniska forskningen, ska komma patienterna till godo. De molekylärbiologiska genombrotten har inneburit en förändring av vetenskapligt paradig som i sin tur lett till att universitetens medicinska forskning distanserat sig från sjukvården och kunskapsutvecklingen inom vården. Denna utveckling accentueras av att många kliniska professorer och läkare vid universitetssjukhusen riktat om sin forskning från kliniska till mer grundläggande vetenskapliga frågeställningar.

### 6.3.2 Varför bedrivs klinisk forskning?

Ur samhällets perspektiv är det viktigt att klargöra det övergripande syftet med klinisk forskning, även om det kan tas för givet. Man kan något förenklat se den kliniska forskningens nytta ur två, delvis sammanhängande perspektiv, dess nytta för sjukvård och patienter samt den inomvetenskapliga nyttan .

#### *Forskningens nytta för sjukvård och patienter*

Den grundläggande drivkraften för och syftet med klinisk forskning är viljan att lära sig mera om sjukdomar och därigenom att förbättra patientvården. Detta är naturligtvis styrande för både medicinska fakulteter och landsting. Den skillnad som kan finnas mellan dessa organisationers syn kanske främst utgörs av olika tidsperspektiv, där universiteten har mer långsiktigt perspektiv ofta utan en direkt klinisk tillämpning i sikte, medan landstingen har kortsiktigare mål. I Sverige är den kliniska utbildningen av läkare efter läkarexamen dvs. AT, ST och vidare utbildning i huvudsak landstingens ansvar, men i praktiken vilar detta system på en fungerande struktur med akademisk verksamma kliniska forskare/läkare, eftersom dessa står för en stor del den kunskapsmassa som bildar grund för utbildningen. De vetenskapligt verksamma läkarna har därför en central betydelse för att upprätthålla god kompetens inom läkarkåren.

Akademisk sjukvård är ett begrepp som kan användas för att beskriva den kliniska forskarens betydelse för bedrivande av avancerad sjukvård. Det finns ett tydligt mervärde för patienterna att ve-



tenskapligt skolade läkare finns för omhändertagande av ovanliga eller särskilt komplicerade patientfall, för utveckling av nya medicinska metoder, samt kanske framförallt för att värdera och införa nya behandlingsmetoder i vården som utvecklats av andra. Betydelsen av det senare ökar även mot bakgrund av att den globala kunskapsmassan inom medicinen ökar snabbt och Sverige blir allt mer beroende av att hämta hem medicinsk kunskap och metoder från andra länder. En sjukvård utan forskning tappar snabbt kvalitet. De stora förlorarna i en sådan situation är patienterna som får sämre vård.

Akademiskt skolade och vetenskapligt aktiva läkare har också en viktig roll som experter i olika sammanhang, t.ex. som vetenskapliga råd i Socialstyrelsen, och Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, samt för arbete inom SBU, VR och landstingen.

#### *Forskningens inomvetenskapliga nytta*

Med inomvetenskaplig nytta menas i detta sammanhang den kliniska forskningens nytta ur universitetens och det vetenskapliga ämnets egna perspektiv. För universiteten är kopplingen mellan grundutbildning och forskning av central betydelse. Medicinsk grundutbildning ska vila på vetenskaplig grund vilket innebär att universiteten måste bedriva forskning inom de kliniska ämnena för att kunna upprätthålla såväl läkarutbildningen som andra utbildningar inom vårdsektorn. Universiteten har också ett ansvar att utbilda sina egna lärare och möjliggöra forskning för dessa.

### **6.3.3 Den kliniska forskningens utveckling**

Ett förhållandevis stort antal viktiga medicinska genombrott av internationell betydelse har skett genom forskning som bedrivits i Sverige. I den kliniska forskningen som är kopplad till högspecialiserad vård kan särskilt framhållas betydelsefulla insatser när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar t.ex. inoperation av pacemaker och ultraljudsundersökningar av hjärtats olika delar. Inom thoraxkirurgin var svenska läkare världsledande på 1940- och 1950-talen, under 1950-talet utvecklades hjärt-lungmaskinen så att ingrepp på stillastående hjärta blev möjligt, under 60-talet utvecklades den mekaniska hjärtklaffen. Under 50-talet utvecklades en förfinad kateteri-

seringsmetod som möjliggjorde att röntgenkontrastmedel selektivt kunde sprutas i artärer.

Inom neurokirurgin gjordes flera genombrott inom hjärnkirurgin, inte minst den stereotaktiska hjärnkirurgin som ledde fram till den s.k. strålkniven. Även inom medicin, kirurgi, anestesi och förlossning har stora genombrott skett inom den svenska kliniska forskningen.

Genombrotten är fler än vad som kunnat förväntas av ett land med förhållandevis liten befolkning. Det finns givetvis många skäl till detta. En bakomliggande orsak finns att söka i det faktum att Sverige stod utanför de två världskrigen vilket gynnat svensk forskning genom att vi kunnat arbeta med bibehållna forskningsorganisationer samtidigt som välutbildade flyktingar sökt sig till landet. En annan orsak är sannolikt den goodwill vi vunnit genom Nobelpriset som under hela 1900-talet har gjort det attraktivt för det internationella forskarsamhället att ha kontakt med den svenska medicinska forskningen. Det finns också anledning att särskilt peka på det svenska folkbokföringssystemet som gjort det möjligt att följa en patientgrupp en längre tid och att bedriva kvalificerad epidemiologisk forskning.

Möjligheterna att bedriva forskning ökade kraftigt genom att riksdagen 1945 inrättade Statens medicinska forskningsråd. Den svenska läkemedelsindustrin med omfattande kliniska prövningsprogram har varit en annan betydelsefull faktor och flera viktiga läkemedel har utvecklats i Sverige.

Initialt var den kliniska forskningen helt sammanvävd med läkarutbildning och sjukvård vid ett mindre antal undervisningssjukhus. Begreppet klinisk forskning hade då liten relevans eftersom den medicinska forskningen så gott som uteslutande bedrevs i patientnära miljöer. Vid undervisningssjukhusen hade de medicinska fakulteterna stort inflytande på verksamhet och organisation. Fakulteternas verksamhet dominerades av professorer i kliniska ämnen som i allmänhet samtidigt var klinikchefer på sjukhuset. Därigenom kom både kliniken och institutionen att ledas av en och samma person. Sjukvård, utbildning och forskning förenades i den dagliga verksamheten och några skarpa gränser dem emellan fanns inte. Klinisk forskning var en naturlig del i universitetssjukhusens läkartjänster. Organisatoriskt fanns också betydande likheter mellan sjukvårdshuvudman och universitet, vilket präglade både organisationskultur och verksamhet.

Under en stor del av 1900-talet var den medicinska utvecklingen kraftfull och en rad nya behandlingsmetoder togs i bruk. Den ve-

tenskapliga fronten befann sig i en fysiologisk-biokemisk era. Detta innebar en naturlig koppling mellan preklinisk, dvs. mer grundläggande experimentell medicinsk forskning, och klinisk forskning, eftersom det vetenskapliga paradigmet var gemensamt. Den kliniska forskningen var fokuserad på att överföra och tillämpa rön från den grundläggande forskningen och vice versa, kliniska problem togs till laboratoriet för fördjupade studier. Denna kunskapsöverföring var självklar. Forskarutbildningen inom de medicinska fakulteterna dominerades helt av medicine kandidater och unga läkare. Många läkare som fick sin forskarutbildning inom de prekliniska institutionerna övergick sedan till klinisk verksamhet och forskning. Den prekliniska forskarutbildningen var i allmänhet av hög kvalitet och många som fått en sådan forskarutbildning fick så småningom professurer i kliniska ämnen. Fortfarande har en stor del av de nu verksamma kliniska professorerna en sådan preklinisk forskarutbildning. Kunskapsöverföringen från grundläggande forskning via den kliniska forskningen till sjukvården skedde bl.a. via denna mekanism och systemet medgav en direkt överföring av idéer och koncept mellan forskning och sjukvård.

Till den allmänna bilden hör att läkare med klinisk forskarutbildning ofta övergick till överläkartjänster inom länssjukvården, något som också innebar att kunskap överfördes från universitetsklinikerna till länssjukvårdens kliniker. Vid sidan om sin forskarutbildning fick dessa läkare också en fördjupad klinisk utbildning och erfarenhet vid universitetskliniken, vilket också kom länssjukvården till godo.

Efterkrigstidens ekonomiska expansion möjliggjorde en kraftfull utbyggnad av såväl universitetssjukvård som länssjukvård. I detta ekonomiskt gynnsamma klimat grundlades den sjukvårdsstruktur som fortfarande till stora delar råder i Sverige.

## 6.4 Nuläge

Som en del i projektgruppens kartlägningsarbete har samtliga universitetssjukhus och medicinska fakulteter besvarat en enkät med ett antal frågor rörande klinisk forskning.

### 6.4.1 Landsting med ALF-avtal.

De landsting som har ett ALF-avtal med staten är Stockholms läns, Västra Götalandsregionen, Östergötlands, Region Skåne, Västerbottens och Uppsala läns landsting. Dessa driver regionsjukhus som upplåts för de medicinska fakulteternas kliniska verksamhet, vanligtvis kallade universitetssjukhus. I det följande berörs verksamheten vid de sjukhus som omfattas av avtalet, dvs: Karolinska sjukhuset, Huddinge Sjukhus, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Universitetssjukhuset i Linköping, Universitetssjukhuset MAS, Universitetssjukhuset i Lund, Norrlands Universitetssjukhus, samt Akademiska sjukhuset i Uppsala.

Ett centralt inslag i verksamheten vid dessa sjukhus är kombinationstjänster, där professorer och lektorer i kliniska ämnen är förordnade och avlönade som överläkare i landstingets organisation.

Flertalet landsting har tolkat HSL § 26 b som krav på egna forskningsorganisationer och landstingen har under senare år skapat egna strategier och styrinstrument för forskning och utveckling. Samtliga universitetssjukhus berör klinisk forskning i sina verksamhetsplaner. Dessa är utformade på olika sätt men är strategiska till sin natur. I Göteborg finns det organisatoriskt mest utvecklade samarbetet mellan sjukhus och universitetet i form av den Sahlgrenska akademien. Sjukhuset har därför ingen egen policy för klinisk forskning. Akademiska sjukhuset och Karolinska sjukhuset har forskningsdirektörer, andra har FOU-ledning i form av chefläkare med särskild tid avsatt för forskningsfrågor.

Sjukhusen/landstingen avsätter egna medel för FoU. Till stora delar fördelas dessa medel efter aktivitetskriterier som tagits fram i samverkan med de medicinska fakulteterna eller så överlåter man till universitetsföreträdare att utforma kriterier för fördelning av medel. I framräknandet av landstingens FOU-medel ser man ofta dessa medel som parallella till ALF-medlen och ofta används begreppet "landstings-ALF" eller i äldre skrivningar "landstings-LUA" medel. Landstingens FOU-medel och ALF-medel används i allmänhet som en gemensam resurs. Med få undantag är det tydligt vid de undersökta sjukhusen att det är universitetet som är huvudman för den kliniska forskningen. Sjukhusen bedriver i ringa utsträckning någon egen forskning utan universitetskoppling.

Man kan således konstatera att en stor del av sjukvårdshuvudmannens forskningsresurser, inklusive ALF-medel, i hög grad fördelas efter de medicinska fakulteternas fördelningsprinciper och prioriteringar medan sjukvårdshuvudmannens roll framstår som

relativt passiv. Sjukvårdshuvudmännen har dock under senare år sökt öka sitt inflytande över dessa resurser, bl.a. som ovan beskrivits genom tillskapande av olika dokument för forskningsstrategier och inrättande av särskilda FOU-chefstjänster.

Sjukhusens egna forskningsambitioner är mest utvecklade inom områden med svag akademisk tradition. Vår kartläggning ger vidare vid handen att samtliga sjukhus, förutom överläkararvodena i de tidigare nämnda kombinationstjänsterna, också finansierar den statliga delen i ett antal tjänster för forskning. Dessa är i allmänhet tjänster vid universitetet och finansieringen sker via ALF-medel och egna landstingsmedel. Tjänsterna är professorer, adjungerade professorer, lektorer och forskar assistenter. På motsvarande sätt kan särskild forskningstid för ST läkare finansieras. En tendens som noterats är att landstingen/sjukhusen satsar mer resurser på universitetstjänster inom områden där de medicinska fakulteterna är mindre aktiva, t.ex. inom primärvård och vårdvetenskap, liksom inom kliniska ämnen med strategisk betydelse för sjukhuset, inte minst sådana som omfattas av begreppet högspecialiserad vård.

I kartläggningen uppger universitets- och sjukhusföreträdare att samverkan fungerar bra i de flesta fall och man har en likartad syn på klinisk forskning, även om någon framhåller att universitetet i begreppet klinisk forskning innefattar mer basal experimentell forskning än sjukhuset som ser mer till patientnära forskningen och nyttoaspekten i ett kortare perspektiv. Man har vid universitetssjukhusen i allmänhet inte någon uttalad strategi för klinisk forskning inom den högspecialiserade vården, utan denna konkurrerar om resurser på lika villkor med annan forskning.

Universitetssjukhusen fick frågan om de ledningsansvariga läkarnas vetenskapliga kompetens förändrats under de senaste 20 åren. Med ledningsansvarig läkare menas den som i allmänna ordalag kallas klinikchef (tidigare chefsöverläkare, nu ofta verksamhetschef). Vi kan konstatera att under denna period har antalet professorer med kliniskt ledningsansvar minskat drastiskt.

Angående investeringar på sjukhuset noteras att dessa beslutas av huvudmannen, men det finns på samtliga sjukhus former för samråd mellan huvudman och universitet. Universitetet investerar direkt i verksamheter på sjukhuset, där det är frågan om att förlägga egen verksamhet på sjukhusområdet. Det rör sig om olika typer av "core facilities", i allmänhet laboratorielokaler för experimentell forskning, djuravdelning mm. Vidare finns också "clinical research centres", som har något olika uppbyggnad och organisation, men som organiserar centrala resurser för klinisk patientnära forskning

med biostatistiker, epidemiolog, data management mm. I något fall finns även en avdelning för forskningspatienter för genomförande av belastningsstudier, fas-1 prövningar och liknande. Det framgår inte av vår enkätundersökning vem som äger byggnaderna, men i de flesta fall synes det vara landstingen. Den vanligaste finansieringen torde vara att landstingen står för lokalkostnaderna via ALF-medel och egna landstingsmedel, och att driften finansieras både med landstingsmedel och/eller universitetsmedel, samt med externa anslag.

När det gäller läkemedelsprövning framgår att sjukhusen eller universiteten i allmänhet har liten kontroll över den totala ekonomin. Intäkterna till sjukhuset bokförs på olika sätt, men följer de kontrakt som finns mellan Landstingsförbundet, Läkarförbundet och läkemedelsindustrin. Man anger att värdet för sjukhuset att delta i läkemedelsprövningar är bl.a. bibehålla en klinisk forskningskultur, det ger intäkter till sjukhus och forskargrupper och nyttiga kontakter med industrin, samt uppfyller sjukhusets samhällsansvar att delta i framtagandet av nya behandlingsmetoder. Sjukhusen har ringa eller ingen kontroll över de medel eller kontrakt som upprättas mellan enskilda kliniska forskare respektive universitetets institutioner. Flera sjukhus anger att man nu bygger upp eller har särskilda enheter för kliniska läkemedelsprövningar. Några sjukhus har särskilda bolag (landstings- eller universitetsägda) för denna verksamhet. Det finns en otydlighet i sjukhusens roll inom detta område.

Vi uppfattar att den kliniska forskningen i allmänhet har bäst förutsättningar att bedrivas på universitetssjukhusen inom specialiteter med stor läns- och länsdelssjukvård och inom de kliniska laboratoriespecialiteterna. Dessa har gynnats av rådande resursfördelningssystem bl.a. på grund av sin storlek och sitt i allmänhet stora utrymme i läkarutbildningen. Detta leder till ett stort antal läkartjänster och akademiska tjänster inom specialiteten, dvs. en stor kritisk massa av tjänster som ger goda förutsättningar att bedriva forskning med hög kvalitet, vilket i sin tur ger ett försteg i konkurrensen om externa forskningsmedel. Detta kan vara ett skäl till att den svenska kliniska forskningen har tyngdpunkt på folksjukdomar såsom cancer, diabetes och hjärt-kärlsjukdomar.

Klinisk forskning inom den högspecialiserade vården är akademiskt svagare då dessa specialiteter i allmänhet är små med få läkartjänster och få akademiska tjänster. Därför är det svårt att vidmakthålla en kreativ forskningsmiljö och därmed också förmåga att erhålla externa forskningsmedel. Den kliniska forskningens pro-

blem inom i den högspecialiserade vården har lett till att rekryteringsläget för kliniska professorer försämrats och det är allmänt känt att finns en påtaglig brist på välmeriterade kliniska forskare inom flera specialiteter och subspecialiteter med anknytning till den högspecialiserade vården.

Kartläggningen av de medicinska fakulteternas verksamhet omfattar även beskrivning av antalet professors- och lektorstjänster och om forskarutbildningen. Vi bedömer att dessa är viktiga strategiska faktorer som styr fakulteternas verksamhet och därför av stort intresse.

Tidigare inrättade regeringen professorer och det låg då i statens hand att avgöra såväl ämnet som geografisk lokalisering av professorerna. Förslag till de kliniska professorerna kom från universiteten som hade skyldighet att samråda med respektive sjukvårdshuvudman. Detta hade en starkt styrande effekt, inte minst för den högspecialiserade vården, eftersom huvudmannen byggde upp vårdresurser, i allmänhet kliniker, kring statligt inrättade professorer. Den struktur som staten efter samråd med sjukvårdshuvudmannen under 1950- och 1960-talet byggde upp med detta tillvägagångssätt är i hög grad fortfarande den rådande inom svensk universitetsanknuten sjukvård. En viktig fördel med denna mekanism var att staten kunde anlägga ett nationellt perspektiv på fördelning och struktur av bl.a. den högspecialiserade vården. I det nuvarande systemet inrättas professorer av universiteten, som enligt HL 3 kap. 8§ har skyldighet att ge sjukvårdshuvudmannen tillfälle att yttra sig om anställningen ska vara förenad med anställning vid sjukvårdsenhet. Inrättande av professorer är ett av universitetens viktigaste strategiska styrinstrument.

Vi noterar att antalet professorer vid de medicinska fakulteterna ökat kraftigt under en 20 års period. I den kartläggning som gjorts finns viss osäkerhet i siffermaterialet, men 1981 fanns 375 professorer och 2001 fanns 819. År 2001 var 434 av dessa i kliniska ämnen (definierat som kombinerad med överläkarebefattning hos huvudmannen), 70 tjänster var externt finansierade, varav 47 av sjukvårdshuvudmannen och 23 av annan (statliga råd, fonder mm). Den 1 november 2002 fanns dessutom 206 adjungerade professorer. Den överväldigande delen av dessa finansierades helt av sjukvårdshuvudmannen. Karolinska institutet har flest externt finansierade adjungerade professorer, med ett antal via Smittskyddsinstitutet, liksom via statliga råd och enskilda stiftelser och fonder. Således kan konstateras att det skett en kraftig ökning av antalet professorer, inte minst i kliniska ämnen. Vidare att landstingshuvudmannen

blir en allt viktigare finansiär av såväl ordinarie professorer som adjungerade professorer.

Det är svårt att kartlägga utvecklingen av lektorstjänster p.g.a. förändringar av tjänstestruktur mm. 1981 fanns mer än 224 lektorer (2 fakulteter har inte svarat) och 2001 var denna siffra 421 (en fakultet har inte svarat). För 2001 angavs att 164 av dessa var förknippade med läkartjänst hos huvudmannen. Vi finner att antalet lektorer har ökat, men inte i samma takt som professorerna. Ser man till hur många som har läkarutbildning noteras att antalet sjunkit och att ökningen av lektorstjänster har skett genom vårdutbildningarnas förstärkning och genom att andra än läkare fått lektorat vid prekliniska institutioner. Lektorstjänster har vidare omvandlats till professorer, s.k. beföringstjänster, vilket försvårar jämförbarheten över tid.

När det gäller forskarutbildningen vid de medicinska fakulteterna kan man konstatera om 1981 och 2001 jämförs, att antalet disputationer ökat från 284 till 716. Fakulteterna har ofullständig statistik över de forskarstuderandes grundutbildning, men man anger att 2001 var ca 245 av de 716 läkare (varav ett antal utländska gästforskande läkare som fick sin forskarutbildning i Sverige) och 54 disputationer skedde inom vårdvetenskap. I en nyligen publicerad undersökning som gjorts av Svenska Läkaresällskapets kommitté för klinisk forskning och sjukvårdens organisation (Rapport 2003) anges att antalet disputerade vid medicinska fakulteterna år 2001 var 865, varav 351 var läkare eller läkarstuderande. Av dessa 351 hade cirka 100 utländsk läkarexamen, varav flertalet sannolikt var i Sverige som gästforskare.

I en annan undersökning där fyra medicinska fakulteter undersöktes (Lund, Göteborg, Stockholm och Uppsala) åren 1989 och 1999, fann man att 1989 var 62 % av de disputerade läkare och 1999 var denna siffra 40 % (Holmström, pers medd.). I en undersökning som nyligen publicerades i tidskriften Sjukhusläkaren (3:2003) redovisas situationen i Lund. Där har inga läkare eller läkarstuderande antagits till forskarutbildning inom prekliniska ämnen år 2002. Under samma år antogs 35 doktorander med annan grundutbildning än läkarutbildning.

Oberoende av vilket siffermaterial som används, kan man konstatera att antalet forskarutbildade läkare varit tämligen konstant över lång tid och att ökningen av forskarutbildningen vid de medicinska fakulteterna har skett genom utbildning av andra än läkare, främst ingenjörer, biologer och andra naturvetare, samt inom vårdvetenskap. I jämförelse med andra akademiska professionsutbild-



ningar (jurist, civilingenjör m.fl.) kan dock konstateras att läkarutbildade har en högre disputationfrekvens och att cirka 25-30 % av en årskull på läkarutbildningen går vidare till forskarutbildning.

#### **6.4.2 Landsting utan ALF-avtal**

Landsting utan ALF-avtal har genom olika åtgärder börjat bygga upp kliniska forskningsresurser för att medverka i den kliniska forskningen. Här varierar både organisationen och syftet mellan landstingen, liksom kopplingen till olika universitet och högskolor. I några fall sker forskningen som en del av det sjukvårdsregionala samarbetet och ger därigenom en koppling med regionens medicinska fakultet. I andra fall förekommer en samlad FoU-verksamhet av mer eller mindre omfattning och i något fall sker ingen eller mycket lite forskning inom sjukvårdshuvudmannens verksamhet. När det gäller innehållet i den kliniska forskningen är det en begränsad del som publiceras i vetenskapliga tidskrifter vilket gör det svårt att bedöma den vetenskapliga kvaliteten. Vi antar dock att denna forskning i första hand sker av andra syften än att söka vetenskapliga genombrott.

Universitetssjukhuset i Örebro är ett specialfall eftersom man är ett regionsjukhus med högspecialiserad vård utan medicinsk fakultet och man har inga egna ALF-medel. I stället finansieras vissa forskartjänster med landstingsmedel. Man har lång erfarenhet av att bedriva klinisk forskning inom landstingets ram numera i nära samarbete med Örebro universitet och med den medicinska fakulteten i Linköping och man svarar för delar av den kliniska läkarutbildningen inom avtal med Linköpings universitet. Forskningsarbete finns även med andra universitet, exempelvis Uppsala och Karolinska institutet. Landstinget i Örebro län avsätter stora summor för forskning.

#### **6.4.3 Finansiering av klinisk forskning**

Trots att vi arbetat för att försöka finna ett totalbelopp för klinisk forskning i Sverige i dag så måste vi dessvärre konstatera att det av flera skäl inte är möjligt. Det finns flera samverkande orsaker:

Klinisk forskning är inte ett begrepp i författningshänseende och inte heller ett begrepp som entydigt används av universitet eller sjukvårdshuvudmännen. Någon särredovisning finns därför inte.

Vetenskapsrådet har valt att inte använda detta begrepp, utan använder medicinsk forskning som då inkluderar all forskning med medicinsk innebörd. I samband med kontinuerliga diskussioner om ALF-avtalet har de berörda sjukvårdshuvudmännen beräknat sina egna kostnader för forskning på ett schabloniserat sätt.

För landsting utan medicinsk fakultet finns i olika grad beräknade kostnader för forskning, men dessa gäller i allmänhet rena projektanslag, samt merkostnader av olika slag och inte kostnader för enskilda befattningshavares arbetstid, förlängda vårdtider, fler diagnostiska och terapeutiska åtgärder mm.

Av stor betydelse är den gråzon som finns mellan FoU och sjukvård som i många fall inte möjligt att skilja åt. Begreppet akademisk sjukvård innebär att patientomhändertagandet kan innehålla extensiva och dyra moment som gagnar både patienten och FoU-aspekter. Under senare år har kvalitetssäkring getts ökat fokus. Kvalitetssäkring kan inte enkelt skiljas från vissa aspekter av klinisk forskning och även här finns ett gråzonsproblem.

Klinisk forskning bedrivs framförallt i sjukhusmiljö och forskning på sjukhus har traditionellt kunnat betraktas som klinisk. Under senare år har dock allt fler laboratorier för experimentell och mer grundläggande medicinsk och biologisk forskning byggts på universitetssjukhusen i Sverige för att integrera grundläggande och klinisk forskning. En del av denna verksamhet är klinisk till sin natur, men även mer grundläggande forskning bedrivs inom dessa laboratorier. Detta har skapat en gråzonsproblematik när det gäller att beräkna den kliniska forskningens andel av kostnaderna för dessa laboratorier. Delar av denna verksamhet är finansierad av huvudmannen, men laboratorielokalerna ofta ALF-finansierade. Sålunda finns även här ett gråzonsproblem.

Den mest fullständiga undersökningen av ALF-landstingens och de medicinska fakulteternas resurser för klinisk forskning har redovisats i rapporten ”ALF-avtalet, resurser, samverkan fördelning”. Uppgifterna gäller år 2001. I rapporten identifieras fyra stora resursflöden för medicinsk forskning och utveckling som är förlagd till landstingens verksamhet, vilket därigenom kan anses rymmas inom begreppet klinisk forskning.

Dessa resursflöden är ALF-medlen, landstingens FoU-medel, högskoleanslaget för forskning och forskarutbildning och externa forskningsmedel. Sammantaget ger dessa källor en resurs på nära 5 miljarder kronor. Av dessa medel står landstingens FoU för 27 %, ALF-medel för 24 %, externa medel för 37 % (varav 11 % statliga) och högskoleanslag för 12 %.

ALF landstingens FoU-medel beräknades till 1,3 miljarder. Knappt hälften, 623 miljoner kronor, återfinns i särskilda budgetposter för FoU och 669 miljoner kronor beräknas ingå i driftbudgetar för respektive sjukvårdsenhet.

För landsting utan medicinsk fakultet finns få sammanställningar av resursåtgång för klinisk FoU. Svenska läkaresällskapets kommitté för klinisk forskning och sjukvårdens organisation gjorde 2001 en kartläggning av samtliga landstings FoU-verksamhet. Man fann att landsting utan medicinsk fakultet sammantaget anslog cirka 84 miljoner kronor till projektanslag. Örebro läns landsting intar en särställning med cirka 54 miljoner kronor, övriga landsting anslog mellan 0,6 och 10 miljoner vardera. Till detta kommer administrativa kostnader för FoU-enheter eller liknande där stora skillnader fanns mellan landstingen, t.ex. att det fanns mellan 1 och 11 administrativa FoU-tjänster per landsting. Vidare tillkommer också resurser som ingår i sjukvårdsenheternas driftmedel. Mycket talar för att ALF-landstingens beräkningar kring FoU-kostnader innefattar ytterligare andra komponenter än vad som anges för landsting utan medicinsk fakultet, varför siffrorna knappast kan jämföras.

Det är således i dagsläget inte möjligt att beräkna de totala FoU-kostnaderna för landsting utan ALF-avtal, men en studie som gjorts i landstinget Gävleborg av forskningschef Vivi-Anne Rahm kan tjäna som exempel. Även om skillnader finns mellan olika landsting när det gäller FoU-verksamheten anser vi att Gävleborgsexemplet ändå ger en bild som förmodligen har bäring på många andra landsting.

I studien redovisades FoU-aktiviteter som pågick i landstinget under perioden 1/1 2001 till 30/6 2001. Syftet var bl.a. att kartlägga vilka resurser Gävleborgs läns landsting avsätter för FoU. Rahm tar upp problemet att särskilja kostnaderna eftersom FoU-aktiviteterna är integrerade med patientomhändertagandet i den dagliga rutinsjukvården. Hon fann att det pågick 240 FoU-projekt inom landstinget. I dessa var ca 450 personer engagerade. 94 projekt var lokaliserade till länssjukhuset i Gävle, 18 till länsdelssjukhuset i Hudiksvall och ca 60 projekt pågick inom primärvården. Kringkostnader för övrig personal, administrativt stöd etc. är inte medräknade. Det var svårt att få fram finansieringen, men externa medel för 11,4 miljoner kr fanns för projekten. Största anslagsgivare var det egna landstinget, EU, samt offentliga myndigheter som

---

<sup>1</sup> (Bengt Norrving & Inger Huldt, Utbildningsdepartementet, Rapport maj 2002)

Vägverket, SIDA, Trygghetsfonden, LSS-medel m.fl. Högskolan i Gävle stod för endast 13 200 kr. Vidare pågick 12 läkemedelsprövningar, men någon ekonomisk redovisning av dessa ges inte.

Av särskilt intresse är Rahms beräkning av tidsåtgången för dem som arbetade med projekten. Hon uppskattar att den totala arbetstiden var ca 31 000 arbetstimmar, varav ca 7 000 på fritid, 14 000 bekostade av projektmedel och 9 000 skedde på ordinarie arbetstid. Ser man till de professioner som ansvarade för projekten finner man att av 201 forskare, var 75 läkare, 61 sjuksköterskor, 13 barnmorskor, 15 sjukgymnaster och 10 arbetsterapeuter. Någon enhetlig redovisning av resultaten finns inte. Majoriteten av projektledarna angav att de hade för avsikt att publicera sina resultat, men om detta gjordes har ej framkommit.

I en studie "Det dolda universitetet" från Dalarnas högskola<sup>16</sup> gjordes en genomgång av forsknings och utvecklingsprojekt inom samtliga kommuner och landsting i Sverige. Denna studie visar att kommuner och landsting lägger ned avsevärda resurser på FoU-projekt som åtminstone delvis kan klassificeras som klinisk forskning, inte minst i gränsområdet mellan psykiatri, primärvård, äldrefrågor och socialt arbete. Författarna hävdar att Sveriges alla kommuner och landsting lägger ned cirka 7 miljarder kronor på FoU-verksamhet, men man erkänner att dessa siffror är osäkra då de är extrapolerade från siffermaterial från endast ett universitetssjukhusägande landsting (Uppsala läns landsting) och några få kommuner. Även om beloppet, 7 miljarder, förefaller allt för högt är det förmodligen ändå en riktig slutsats att samhället lägger ned förhållandevis stora belopp på FoU-verksamhet utanför den statliga medelstilleddningen och utan någon övergripande kvalitetskontroll. Författarna konstaterar också att mycket få publikationer i vetenskapligt granskade eller erkända tidskrifter kommer ut av denna FoU-verksamhet.

Flera sjukvårdsregioner har ett samarbete kring FoU-frågor. I Svenska läkaresällskapets sammanställning från 2001 beräknas dessa aktiviteter ha en sammanlagd budget på 120 miljoner kronor. Mest utvecklat synes samverkan vara inom sydöstra sjukvårdsregionen med för landstingen gemensamt forskningsråd (FORSS) och med en uttalad inriktning att stödja klinisk forskning inom hela sjukvårdsregionen. Betydande regionala forskningsmedel avsätts även i södra och västra sjukvårdsregionerna, medan en mindre resurs avsätts som projektmedel inom norra sjukvårdsregionen. Inom

<sup>16</sup> Bergström Eva, Florén Anders, Ternhag Gunnar, Tydén Thomas; "Det dolda universitetet", Dalarnas Forskningsråd, Falun, 200

Uppsala-Örebroregionen finns ett formaliserat regionalt samarbete kring FoU-frågor, men utan avsatta regionala resurser. Stockholm intar en särställning eftersom regionen endast består av Stockholms läns landsting och Gotland.

Sammanfattningsvis finner vi att betydande medel läggs på klinisk forskning och utveckling. Vidare att landstingen efter tillkomsten av § 26 b i HSL på bred front har initierat eller ökat sin aktivitet inom FoU-området.

## 6.5 Förändringar

Under de senast trettio åren har ett flertal samhällsförändringar direkt eller indirekt kommit att påverka sjukvården och universitetet.

### 6.5.1 Sjukvården

I början på 1960-talet kom regionsjukhusens betydelse att öka genom sjukvårdsregionreformen. Härigenom blev också kopplingen mellan fakultet och regionsjukhusen mer formaliserad.

Genom 1982 års hälso- och sjukvårdslag kom ansvaret för sjukvården i allt väsentligt att ligga på landstingen. Statens roll kom i huvudsak att bli legitimering av personal och tillsyn. Under 1990-talet skedde reformer som berörde ledningen av klinikerna genom att möjlighet gavs för andra yrkesgruppen än läkare att bli ledare för kliniker. Syftet var att ge landstingen möjlighet att utveckla ledningssystem och styrning genom att kunna lyfta fram andra perspektiv än de rent medicinska.

Sjukvården har genomgått en fortsatt expansion i en samhälls-ekonomiskt mer normal eller periodvis besvärlig ekonomisk situation. Sjukvårdens expansion har skapats främst av det tryck som de medicinska landvinningarna skapat och de åtföljande ambitionerna från samhället att dessa ska komma alla medborgare till del. Den snabba utvecklingen har betytt påfrestningar för landstingens ekonomi. Svårigheterna att lösa vårdens finansieringsproblem har lett till att olika ekonomiska styrmodeller prövats i syfte att öka produktivitet och effektivitet.

## 6.5.2 Universiteten

Under 1990-talet har också högskolesektorn reformerats och 1993 års högskolereform innebar en tydligare decentralisering av beslut från riksdag och regering till högskolorna. Ledning av en universitetsinstitution, speciellt vid s.k. ”storinstitutioner”, kräver idag betydligt mera tid än prefektskap för en tidigare traditionell klinisk institution.

Ekonomiska styrprinciper tillämpas också för den kliniska forskningen med tydligare krav på prioriteringar, redovisning av kostnader för kliniska forskningsprojekt och högre grad än tidigare är tillgång till externa forskningsmedel även en förutsättning för finansiering av inrättade akademiska tjänster. En mer professionell styrning är central för en effektiv användning av de ekonomiska resurser som tilldelas och utvecklingen är i mångt och mycket parallell med vad som gäller för andra offentligt bedrivna verksamheter.

Professorernas ställning har förändrats, från att ha varit en tydlig chefsbefattning inom universiteten som tillsattes av regeringen till att bli en senior lärar- och forskartjänst. Organisatoriska förändringar inom universiteten har ökat antalet professorer. Vid de medicinska fakulteterna innehas huvuddelen av chefs- och ledningsbefattningarna av professorer, men i takt med att andra kategorier än läkare gjort sitt intåg i de medicinska fakulteterna, har också andelen kliniska professorer minskat bland chefer och i de styrande universitets- och fakultetsorganen.

Forskarutbildningen är en strategiskt viktig utbildning i det moderna kunskapssamhället som staten har ett särskilt och grundläggande ansvar för. Regeringen har tidigare i den senaste forskningspolitiska propositionen (Forskning och förnyelse, prop. 2000/01:3) konstaterat att en väl fungerande forskarutbildning en förutsättning för att Sverige skall kunna befästa och utveckla sin ställning som framgångsrik kunskapsnation.

Den reformering av forskarutbildningen som skedde 1998 innebar också att statsmakterna anger kvantitativa mål för examinationen inom forskarutbildningen. Målen avser minsta antalamina inom de fyra vetenskapsområdena och gäller, med vissa undantag, varje lärosäte med tillstånd att utfärda licentiat- och doktorsexamen.

För att nå målen bör enligt regeringen såväl statsanslag som externa medel användas. All forskarutbildning lyder under samma bestämmelser. Dessa medger dock en hel del variationer och i

praktiken skiljer sig forskarutbildningen ofta mellan olika områden. Inom det humanistisk-samhällsvetenskapliga vetenskapsområdet är det vanligt att doktoranderna läser flera kurser, har flera seminarier samt skriver en monografi. Inom medicin, naturvetenskap och teknik är doktoranderna jämförelsevis yngre, arbetar oftare i grupper och forskarlag samt skriver vanligtvis en sammanläggningsavhandling. En forskarutbildning med doktorsexamen som slutmål skall i det svenska systemet motsvara fyra års heltidsstudier. Den faktiska tiden är dock oftast längre. Den genomsnittliga nettostudietiden är knappt fyra och ett halvt år medan bruttotiden - tiden från antagning till examination - är sex år. Studietiderna är i regel längre inom humanistiska och samhällsvetenskapliga ämnen än inom medicin och teknik.

En doktorand kan avlägga en licentiatexamen som ett delmål eller som en slutexamen. År 2001 avlade närmare 2 400 personer doktorsexamen och 1 040 licentiatexamen. Ungefär hälften av licentiatexamen utfärdades inom det tekniska vetenskapsområdet. Intresset för att avlägga en licentiatexamen har ökat påtagligt under det senaste decenniet.

Regeringen har nyligen tillkallat en särskild utredare (dir 2002:148) med syfte att bl.a. granska effekterna av de förordningsförändringar för forskarutbildningen som trädde i kraft den 1 april 1998. Utredaren skall bl.a. utvärdera och analysera rekrytering, urval och antagning till forskarutbildningen. I uppdraget ingår även att utvärdera och analysera handledningens och handledarens roll och funktion i forskarutbildningen. Utredaren skall föreslå förändringar av gällande regler, om så bedöms nödvändigt, för att säkerställa en effektiv och rättssäker forskarutbildning.

### 6.5.3 Samhällsekonomin

Under efterkrigstiden har den ekonomiska utvecklingen varit mycket skiftande. Från den starka tillväxten under 50-, 60-talen och tidigt 70-tal till det skifte som skedde genom 90-talets statsfinansiella kris och det kraftfulla besparingsarbete som innebar att de offentliga finanserna sanerades. Landstingens minskade intäkter kom att innebära påfrestningar för sjukvård och universitet. Därutöver krympte ramarna för centrala sociala välfärdsprogram. Statsfinanserna är i dag i balans samtidigt som landstingssektorn uppvisar underskott. Vid de intervjuer projektet genomfört har så gott som samtliga landsting pekat på stora ekonomiska problem.

#### 6.5.4 Socialt

Samhället har i flera avseenden förändrats kraftigt sedan 50-talet. I dag råder helt andra värderingar i fråga om karriär och familjeliv än vad som var fallet tidigare. Unga människor ställer krav på reglerad arbetstid och regelbundenhet. De förändrade könsrollerna innebär andra förväntningar på livet och yrkesverksamheten. En undersökning som redovisas i VR:s ämnesråd för medicins tidskrift pekar på att intresset för forskning bland unga läkare minskar då en forskarutbildning har ett oklart meritvärde för en klinisk karriär.

En allmän uppfattning är att forskning som bedrivs parallellt med tjänstgöring i vården försvårar familjeliv och det delade ansvar som i dag finns för barn och hem.

#### 6.6 Diskussion

Sammanfattningsvis har utvecklingen inom sjukvårds- och högskolesektorerna lett till att olikheterna avseende övergripande mål, styrning och organisation mellan sjukvården och universiteten blivit stora. Dessa förändringar torde var för sig ha varit både naturliga och lovvärda, men de har haft negativa konsekvenser för den kliniska forskningen som har sin hemvist just i gränsområdet mellan dessa allt mer separerade samhällssektorer. Den kliniska forskningen och de kliniska forskarna har hamnat i ett vakuum mellan dessa.

Samtidigt har under 1900-talet en förändring skett i sjukvårdens värdegrund från en humanistisk-kristen grund med hjälpsamt och barmhärtighet som styrande principer, till en situation där patienten ses som en mer eller mindre välinformerad konsument av medicinska tjänster. Således har begrepp som empati och barmhärtighet har tonats ned till förmån för mer företagsliknande begrepp som service och kvalitet. Patienten har fått en starkare ställning och blivit mer delaktig i beslut om sin vård och den tid då de ur universitetets synvinkel måhända kunde betraktas som "patientmaterial" för den kliniska forskningen och läkarutbildningens behov har lämnats.

Synen på sjukvård som tjänsteproduktion har lett till ett ökat fokus på ledarskap, administration och ekonomi inom vården och en mer företagsliknande organisation och kultur. Organisationsförändringar har medfört att kraven på chefer inom sjukvården,



framförallt på divisions-/centrum- och kliniknivå ökat kraftigt, och att chefskapet för sådana enheter tar en betydande andel av heltid.

Tidigare hade alla specialistläkare vid universitetssjukhusen tid för forskning i sin tjänst. Vi har noterat att ALF-medel numera i högre omfattning används för att finansiera forskartjänster, och enskilda - ofta större -projekt. Detta har lett till en uppdelning i två läkarkategorier på universitetssjukhuset (forskare respektive kliniskt verksamma läkare), vilket å ena sidan inneburit att den vetenskapliga kvaliteten måhända har ökat, men å andra sidan har kopplingen mellan sjukvård och klinisk forskning försvagats. Den grundläggande medicinska forskningens expansion har dessutom lett till att forskning på sjukhusen i allt högre grad är experimentell och bedrivs av färre läkare.

Vår kartläggning ger således vid handen att olikheterna mellan landstingen och universitetens organisationer, mål och inriktning blir allt tydligare. I det sammanhanget kan man konstatera att den kliniska forskningen som existerar i gränsområdet mellan sjukvård och universitet förefaller ha fått en allt svagare ställning. Denna utveckling torde ha accentuerats av att den vetenskapliga utvecklingen liksom de ekonomiska stöden under senare decennier gått i en tydlig preklinisk riktning, dvs. mot grundläggande forskning. Därför har utrymmet minskat för den kliniska forskningen.

Sambandet mellan högspecialiserad vård och klinisk forskning är komplext. Oftast bygger forskning inom den högspecialiserade vården på samarbete med en rad andra institutioner och forskningsområden, och denna samverkan är en förutsättning för vården. Man kan illustrera detta med exempel från det transplantationskirurgiska området. Transplantationskirurgin har i de flesta avseenden nått en klinisk mognad när det gäller kirurgisk teknik, postoperativ intensivvård mm och flertalet transplantationskirurgiska ingrepp är av rutinkaraktär. Forskningen rör indikationer för kirurgin (epidemiologi, evidensbaserad kunskapsinhämtning m.m.) liksom mer grundläggande forskning inom immunologi, patologi mm avseende främst avstöttningsmekanismer. Inom transplantation av insulinproducerande celler eller vävnad finns kringliggande forskning om diabetes och de insulinproducerade cellerna, således såväl cellbiologisk som immunologisk forskning. Inom njurtransplantation, transplantation av nervceller till hjärnan eller ryggmärg, finns forskning inom motsvarade kringverksamhet. Liknande exempel från många andra områden finns, inte minst kirurgiska. Således är det viktigt att slå fast att FoU-verksamhet inom den högspe-

cialiserade vården är särskilt beroende av en koncentration av kringresurser och samverkan mellan många enheter.

Kopplingen mellan klinisk forskning och högspecialiserad vård kan också åskådliggöras genom beskrivning av universitetskliniker- nas sätt att arbeta med utvärdering och introduktion av nya medicinska metoder och behandlingar. Dessa kliniker har en mängd olika kontakter med omvärlden och exponeras därigenom ständigt för medicinska nyheter och dessa introduceras och anpassas till kliniska rutinförhållanden inom ramen för kliniska FoU-projekt. Initialt bedrivs sådan verksamhet endast på universitetssjukhuset i "gråzonen" mellan FoU och sjukvård, men efterhand blir verksamheten känd och leder till remittering från länsjukvården och får då karaktären av högspecialiserad vård. I många fall tar länsjukvården så småningom själva upp metoden och då upphör remitteringen. Denna mekanism har flera implikationer, inte minst ekonomiska. Universitetssjukhuset står för en betydande del av de initiala FoU-kostnaderna och för de vårdkostnader som finns för denna verksamhet. De remitterande landstingen bidrar ekonomiskt främst under den fas en ny metod leder till remittering och därmed till intäkter för universitetssjukhuset, men i de fall de remitterande landstingen "tar hem" metoden upphör denna intäkt. Den ovan beskrivna FoU-verksamheten och de initiala vårdkostnaderna inte har någon klar finansiering. Kostnaden för denna verksamhet är sannolikt hög och kan troligen delvis förklara det faktum att universitetssjukhusägande landsting lägger betydligt mer resurser på FoU än landsting utan universitetssjukhus.

Ett annat exempel på den komplexa kopplingen mellan universitetssjukhusets FoU-verksamhet och den högspecialiserade vården å den ena sidan, och läns- och länsdelssjukvården å den andra, är den kunskapsöverföring och konsultationsverksamhet som sker från universitetssjukhusen till läns- och länsdelssjukhusen och som inte är knuten till en vårdtjänst. Denna verksamhet ökar snabbt p.g.a. utvecklingen av ny informationsteknologi, inte minst telemedicin, och innebär nya möjligheter att behandla komplicerade patientfall på distans, utan att patienten transporteras till universitetssjukhuset. Utvecklingen är positiv ur patient- och sjukvårdsperspektiv, men innebär samtidigt både finansiella och vårdmässiga problem för universitetssjukhusen. Egna patienter på universitetssjukhuset är en förutsättning för att bedriva klinisk FoU-verksamhet och vård i sådan omfattning att den egna kompetensen, som är en grund för kunskapsöverföringen, kan vidmakthållas och utvecklas.

## 6.7 Problemområden

I många sammanhang omtalas att det råder kris i den kliniska forskningen<sup>17</sup> och under senare år har det förts en tidvis intensiv debatt om den kliniska forskningen, initierad framförallt genom en rapport från dåvarande Medicinska forskningsrådet<sup>18</sup> (MFR). I rapporten framförde MFR att den kliniska forskningens situation var oroande. Svenska Läkaresällskapet har också framfört oro för den kliniska forskningens situation<sup>19</sup>. Även andra har pekat på problem för den svenska kliniska forskningen<sup>20</sup>.

Även de experter som knutits till projektet framhåller såväl skriftligt som muntligt att den kliniska forskningen befinner sig i ett problematiskt läge. Denna uppfattning har också framförts av de flesta företrädare inom svensk universitetssjukvård som projektet varit i kontakt med.

### 6.7.1 Ekonomi

Man kan notera att antalet kliniska professorer har ökat och vi kan inte se någon minskning av antalet disputationer inom kliniska ämnen. En slutsats av detta är att det inte primärt är resursbrist inom universitetssektorn som i första hand begränsar den kliniska forskningen. Däremot kan man konstatera att expansionen av akademiska tjänster och av forskarutbildningen inte har följts av en parallell ökning av tillgängliga forskningsmedel, samt att relativt större andel av forskningsmedel för medicinsk forskning fördelas till grundforskning. De enskilda kliniska forskarna kan därför uppleva en relativt sämre situation än tidigare. En konsekvens av det nu rådande decentraliserade systemet för tillsättning av professorer och andra forskartjänster är att universiteten tagit liten hänsyn till nationella behov av klinisk forskning inom små ämnen med koppling till den högspecialiserade vården. Denna brist har dock delvis kompenseras av sjukvårdshuvudmännens finansiering av sådana befattningar.

<sup>17</sup> Karolinska institutets (KI) budgetunderlag för åren 2003 – 2005 s. 6, Medicinska forskningsrådets (MFR) rapport nr 5 år 1998, Betänkandet God vård på lika villkor? (SOU 1999:66).

<sup>18</sup> Den kliniska forskningens kris och pris”, MFR-rapport 5, 1998

<sup>19</sup> Kartläggning av sjukvårdshuvudmännens resurser för FoU-verksamheten: Svenska läkaresällskapet, kommittén för klinisk forskning och sjukvårdens organisation, 2001

<sup>20</sup> Nilsson Jan: ”Kan patienter ersättas av möss?” *Forskning & Medicin* 3, 2002.; ”Finansiering av svensk grundforskning”, *Vetenskapsrådets Rapportserie*, 4, 2002.; Edlund T, Philipson L, Svanberg C: ”Myt att Sverige är världsledande”. *DN-debatt*, 28 okt., 2002.; ”Utan forskning stannar Sverige”. *Läkemedelsindustriföreningens skrift*, 2002

Det ekonomiska utrymmet som tidigare funnits hos sjukvårdshuvudmännen för klinisk forskning har reducerats dels för att sjukvårdsproduktionen har prioriterats framförallt under ett 1990-tal med krympande sjukvårdsresurser i en exceptionell finansiell situation. Införande av mera av ekonomiska styrprinciper inom både sjukvård och forskning har även medfört att tidigare fri tid för klinisk forskning för den enskilde läkaren reducerats. En stor del av det forskningsstöd som är tillgängligt är i form av uppdragsforskning där medlen kan vara svåra att få del av utan rätt kontaktnät. Expansionen av antalet läkare vid universitetssjukhusen och fördelningen av sjukvårdshuvudmännens forskningsmedel till större projekt och tjänster innebär också att utrymmet för forskning för den enskilde minskat.

### **6.7.2 Värderingsförändringar**

I dag ses inte doktorsexamen eller tyngre vetenskaplig meritering som en avgörande tillgång vid tillsättning av högre tjänster inom sjukvården. Därmed har ett motiv för forskarutbildning fallit. I ett samhälle som ställer höga krav på prestationer såväl i privatliv som i yrkesliv påverkas också motivationen för att forska negativt. Den förändrade synen på forskarutbildning och forskarmeritering har inte tillfullo hanterats inom vårdorganisationen.

### **6.7.3 Organisationsförändringar**

Företrädarna för den kliniska forskningen upplever starkt att de organisatoriska förändringar som skett inom vården medfört att den kliniska forskningen hamnat i ett organisatoriskt vakuum mellan universitet och landsting och att förutsättningarna att bedriva högkvalitativ klinisk patientnära forskning därmed allvarligt försämrats genom att de kliniska forskarna inte tillåts influera vare sig universitetens eller sjukvårdens verksamhet eller utveckling i tillräcklig grad. Intervjuer med flera akademiska företrädare vid universitetssjukhus styrker upplevelsen av ett ”utanförskap”. Som motbild anger flera av sjukvårdens företrädare att de akademiska företrädarna i högre grad än som upplevs vara fallet, aktivare borde ha medverkat i de förändringsprocesser för en ökad kostnadseffektivitet som initierades under 90-talet. Ökade krav inom universitetsverksamheten har också inneburit att många

kliniska forskare av egen kraft valt att inte ta på sig chefskap i sjukvårdshuvudmannens organisation. Bilderna illustrerar det tidigare analyserade ökade avståndet mellan sjukvård och forskning.

Under 60 och 70-talens fanns det goda förutsättningar för att bedriva forskning integrerat med patientarbetet. Det fanns även tydliga incitament för att bedriva klinisk forskning, och där överordnade tjänster framförallt vid universitetssjukhusen och chefs-tjänster även för andra vårdnivåer förutsatte vetenskaplig meritering. Yngre forskare förväntades också utföra en stor del av forskningsarbetet på fritiden. Fortfarande sker idag forskningsinsatser på fritid, jourkompensationsledighet etc., men med svaga incitament sker detta i minskande omfattning. Inrättandet av forskar-AT tjänster och forskar-ST tjänster som skett vid universitetssjukhusen är ett av flera sätt att motverka utvecklingen.

Vår utgångspunkt i efterkrigstidens forskningsorganisation var med en stark ledning av forskning, utbildning och sjukvård i en och samma person inom en klinik och motsvarande institution på universitetet gav goda möjligheter för sammanhållna långsiktiga forskningsprogram. Vi har visat att forskarmedlen i dag fördelas på andra sätt och att organisationerna i mångt och mycket blivit mer komplexa. Det förefaller som de organisatoriska förändringarna på ett oförutsägbart sätt kommit att påverka förutsättningarna att bedriva klinisk forskning.

Vi kan se att den decentraliseringstrend som i detta fall kännetecknas av att landstingen har fått helhetsansvar för sjukvården å ena sidan och ett decentraliserat ansvar till universitetet å andra sidan har medfört att organisationernas självständighet ökat. Där universitet och sjukhus tidigare var två tätt sammanlänkade organisationer syns nu två tydligt separerade huvudmän. Denna utveckling ligger i linje med den strävan efter decentralisering som det varit stor politisk enighet kring.

I dag regleras den samverkan som sker av ALF-överenskommelsen samt av kombinationstjänsterna som innebär att befattningshavare kan tjänstgöra såväl i universitetsorganisationen som i landstinget. Regleringen av den kliniska forskningen i HSL syftade till att ytterligare stärka dessa band. Den speciella relation mellan medicinsk grundutbildning, forskarutbildning, specialistutbildning och subspecialistutbildning, som gavs av en sammanhållen klinisk och vetenskaplig verksamhet är i dag inte lika tydlig som tidigare.

I ett idébetänkande från utredningen Vårdens ägarformer – Vinst och demokrati (SOU 2002:31) skrivs om Sveriges sjukvårdssituation bl.a.:

” I stället för nationella regler har politisk samsyn och det faktum att vården i huvudsak drivits i offentlig regi varit sammanhållande krafter. Båda dessa faktorer som hållit samman systemet tycks vara på väg att försvagas”. Vidare noteras i utredningen att länder med stor mångfald av privata vårdgivare har en starkare central reglering för att hålla samman mångfalden av vårdgivare. Dessa slutsatser är viktiga också för den kliniska forskningen och den högspecialiserade vården, som på en friare sjukvårdsmarknad och ett mer decentraliserat universitetsväsende inte kan förväntas fungera tillfredsställande utan tydligare central styrning.

#### 6.7.4 Forskningens kvalitet

En viktig del i denna kartläggning är att värdera den svenska kliniska forskningens kvalitet och internationella ställning. Detta är svårt eftersom bedömning av vetenskaplig kvalitet i grunden är subjektiv. Därför tillämpas i allmänhet inomvetenskaplig bedömning av forskare (s.k. peer review), men någon sådan värdering av den svenska kliniska forskningen finns inte och det har inte legat inom projektets möjlighet att göra en sådan, med nödvändighet mycket omfattande studie. Emellertid har de kontakter projektgruppen haft med många olika företrädare inom såväl sjukvårdssom universitetskretsar, liksom de experter och referensgrupper som ingått i projektet, givit en tämligen samstämmig bild av att den svenska kliniska forskningen har förlorat i kvalitet och att dess tidigare starka internationella position försämrats. Bibliografiska undersökningar stödjer denna slutsats och jämförelser med andra länder visar att svenska forskningsrön inte längre får samma uppmärksamhet och genomslag som tidigare.

Svensk forskning har unika förutsättningar med bl. a. välutbildade patienter som är relativt stationära och väl fungerande folkbokföring, men dessa förutsättningar utnyttjas inte fullt ut. Man kan också notera att de vetenskapliga sammanställningar som SBU gör som underlag för en evidensbaserad sjukvård endast i tämligen liten utsträckning innehåller svenska forskningsresultat och till stor del bygger de på klinisk forskning som framtagits i andra länder. Företrädare för SBU framhåller att om det inte finns klinisk forskning som utgår från representativa svenska patientpopulationer blir

underlaget för vårt handlande både när det gäller enskilda patienter och när det gäller hur resurserna för sjukvården ska fördelas mycket mindre värt och mer svårtolkat. Om klinisk forskning inte är en naturlig del av sjukvårdsarbetet blir förutsättningarna både för förmågan att tolka vetenskaplig information och följa upp sin verksamhet sämre.

Vidare kan vi notera att det avsätts mycket FoU-medel till klinisk forskning som inte leder till publicering i vetenskapliga tidskrifter och man kan därför konstatera att de insatta medlen har en för låg verkningsgrad.

### 6.7.5 Konsekvenser av minskad forskning

Ett mycket centralt inslag i all utbildning av läkare bör vara att stärka ett arbetssätt som kännetecknas av aktiv problemlösning, samt ett vetenskapligt och reflekterande förhållningssätt i vården av den enskilda patienten. Minskad klinisk forskning och försämrad kvalitet får till följd att de kliniska och yrkesorienterande momenten i läkarutbildningen och i annan vårdutbildning försämras. I samband med tillbakagången av den kliniska forskningen har grunden för detta försämrats vilket kan komma att innebära allvarliga långsiktiga konsekvenser för patientomhändertagande och vårdkvalitet. Man bör i sammanhanget särskilt nämna den ökade betydelse som forskarutbildningen i kliniska ämnen får i en situation då mycket få läkare forskarutbildas inom de prekliniska ämnena.

I dag finns få incitament för kliniskt verksamma läkare att genomgå forskarutbildning eller att fortsätta forska efter genomgången forskarutbildning. Man kan konstatera att systemet är dåligt anpassat till förutsättningarna för att bedriva forskarutbildning. En viktig konsekvens av nuvarande förhållanden är den höga medelåldern för nydisputerade kliniska läkare, som för kvinnor är 44 år och för män 41 år. För att nå s.k. docentkompetens krävs ytterligare flera års forskning. Inrättande av oavlönad docent är inte reglerat i förordning, men används av samtliga universitet för att markera en kompetensnivå för självständigt vetenskapligt arbete som medger handledarskap för forskarutbildning, huvudmannaskap för forskningsprojekt, m.m. Inom de kirurgiska specialiteterna, inte minst inom subspecialiteter med stort inslag av högspecialiserad vård, liksom specialiteter som neurokirurgi och thoraxkirurgi med traditionellt längre utbildning än övriga specialiteter, krävs dessutom en tung kirurgisk träning för att nå den kliniska kompe-

tens som är nödvändig för att kunna bedriva patientnära forskning inom sina områden.

Vi kan således se ett särskilt hot mot den högspecialiserade vården då den kliniska och vetenskapliga skolningen inom flera områden som innefattas i högspecialicerad vård vilar på mycket få individer, varav många nu närmar sig pensionsåldern och rekryteringsläget för nästa generations bärare av dessa specialiteter försvagats genom de mekanismer som beskrivits ovan.

För att fullt ut kunna ta till vara resultaten från starka svenska spetsforskningsområden inom den prekliniska arenan krävs förutsättningar för att länka in denna forskning i ett kliniskt utvecklingsarbete. Det finns idag flera exempel på områden där kombinerade insatser lett fram till nya diagnostiska möjligheter och behandlingsstrategier som fått internationell lyskraft och genomslag. Kreativa och goda forskningsmöjligheter, också för den kliniska forskningen, framstår därför som viktig för fortsatt framgångsrika svenska medicinska innovationer.

En central fråga är hur mycket klinisk forskning som Sverige bör ha för att vidmakthålla och utveckla en god sjukvård, samt för läka-reutbildning och annan vårdutbildning. Vi kan konstatera att det inte finns någon fastställd norm där en nivå lagts fast som med allmänt samhällsintresse som grund anger en normal nivå för klinisk forskning. Bedömningar om vad som är bra, godtagbart eller oacceptabelt blir därför oundvikligen subjektiva. Den kliniska forskningens omfattning synes huvudsakligen ha betingats av de medicinska fakulteternas grundutbildnings- och forskarutbildningsuppdrag, snarare än sjukvårdens behov av FoU-aktivitet. Den kärvare ekonomiska situationen i landstingen under det senaste decenniet har förmodligen minskat det "fria utrymmet" för klinisk forskning till förmån för mer handfast sjukvårdsproduktion, därmed har förutsättningarna för att bedriva klinisk forskning sannolikt ändrats. Många av de som projektgruppen varit i kontakt med hävdar att förhållandet att ca 25-30 % av en årskull läkarutbildade går vidare till forskarutbildning och doktorsexamen är en för hög andel och att man istället borde forskarutbilda färre läkare, men med bättre kvalitet och bättre betingelser för de forskarstuderande. En sådan kvalitetshöjning skulle även komma sjukvården tillgodo.

Ett viktigt mål för svensk sjukvård är att så långt det är möjligt låta vården bli evidensbaserad, ett medel för att uppnå detta mål är ett systematiskt arbete med klinisk forskning som ett centralt hjälpmedel. I dag förefaller denna vara för osystematisk för att i någon avgörande grad bidra till en förbättrad vårdkvalitet. Möjlig-



heten att öka inslaget av evidensbaserad vård förutsätter en fungerande forskningsorganisation.

### 6.7.6 Vårdforskning

En av projektets experter, professor Inga Lill Rahm Hallberg, har i en expertrapport som kommer att fogas till höstens rapport som en bilaga, gjort en genomgripande analys av vårdforskningens situation i Sverige. Rahm Hallberg konstaterar att svensk vårdforskning utvecklats mycket gynnsamt under de senaste decennierna och att den kommer att "slå ut i full blom under början av 2000-talet". Hon konstaterar dock när det gäller vårdforskning med anknytning till den högspecialiserade vården, att den lider av att den bedrivs på för små patientunderlag och hon pekar på behovet av bättre nationell samordning av forskningsprojekt för att överbrygga denna svaghet

## 6.8 Slutsatser

Huvudslutsatsen av denna kartläggning är att den kliniska forskningen har betydande problem och att dessa problem negativt påverkar Sveriges långsiktiga förmåga att upprätthålla en sjukvård av världsklass och Sveriges position som en ledande medicinsk forskningsnation. Flertalet av de beskrivna problemen har en organisatorisk grund. Vi finner således inte att problembilden när det gäller den kliniska forskningen primärt beror på en för låg medelstilleddning. Även om någon detaljerad beräkning av den svenska kliniska forskningens totala resurser inte låter sig göras visar ändå denna kartläggning att både staten, landstingen, olika fonder, stiftelser och organisationer, samt olika delar av näringslivet avsätter stora belopp för klinisk forskning och för verksamhet med nära koppling till den kliniska forskningen.

## 7 Nationella planer

### 7.1 Bakgrund

I en skrivelse till regeringen har företrädare för Cancerfondens forskningsnämnd pekat på den allvarliga problembild som finns rörande insjuknandet i cancer i Sverige inom den närmaste tjugoårsperioden och föreslog att en nationell plan för cancersjukvård utarbetas. Förslaget baserades på olika inlägg vid det Allmänna mötet vid Medicinska Riksstämman 2001, med temat "Cancer – vård, vilja och visioner". I skrivelsen pekades bl.a. på att samtidigt som förutsättningarna för att bota cancer förbättrats kommer kraven på cancer vården att öka. Den ökade andelen botade kommer bl.a. innebära att antalet patienter som lever med cancer kommer att vara väsentligt högre än i dag vilket kommer att ställa nya krav på både på både behandling, personalförsörjning och palliativ vård.

WHO har presenterat ett program för insatser mot cancer<sup>22</sup> där olika aktiviteter för att hantera cancersjukdomar presenteras och analyseras – däri ingår preventiva insatser, aktiviteter för tidig upptäckt av cancer, diagnostik och behandling av cancersjukdomar, smärtlindring och palliativ vård, forskning kring cancer och system för behandlingsuppföljning (olika former av cancerregister). En översikt gjord av WHO år 2001 visar att nästan hälften av de tillfrågade länderna (totalt 167 st.) har någon form av nationellt cancerprogram, vanligtvis omfattar dess dock endast någon eller några delar av de föreslagna aktiviteterna, exempelvis inom prevention, och/eller för olika typer av undersökningar t.ex. i form av exempelvis mammografi och gynekologisk cancerscreening. Endast ett fåtal länder har heltäckande nationella program/planer. Ett flertal av de i rapporten omnämnda åtgärderna t.ex. cancerregister, mammografi och olika typer av cancerscreening är i dag väletablerade i Sverige. En fullständig nationell cancerplan i WHO:s mening saknas dock.

---

<sup>22</sup> Policies and managerial guidelines for National Cancer Control Programmes (World Health Organization 2002, 2<sup>nd</sup> ed.)

I Norge beslutade Stortinget den 17 juni 1998 om en 5-årig handlingsplan för förbättrad cancervård (Stortingsproposition nr 61 (1997-98)). Beslutet gavs inriktning mot ökade preventiva insatser, speciellt riktade mot barn och ungdom, mammografiscreening för kvinnor mellan 50 och 69 år, öka kapaciteten för strålbehandling, satsningar på lindrande behandlingar i livets slutskede samt att säkra tillgången på personal inom cancervården.

Även Danmark har en nationell Cancerplan. Utgångspunkten för denna var den 10 % högre mortaliteten i cancersjukdomar i Danmark jämfört med Sverige samt den långa kötiden för vård och behandling. Det fanns också ett behov av att bygga ut kapaciteten för mammografi vars täckningsgrad endast motsvarade 20 % av de danska kvinnorna.

### *Nationella riktlinjer*

Socialstyrelsen har sedan 1996 regeringens uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för vården av patientgrupper med svåra kroniska sjukdomar, som utan- eller med felaktig behandling kan leda till varaktig invaliditet eller alltför tidig död. Avsikten är att stärka patienternas möjligheter att få likvärdig, kunskapsbaserad vård i alla delar av landet. Regeringsuppdraget baseras på den Dagmaröverenskommelse som träffats mellan regeringen och sjukvårdshuvudmännen inför år 1996. Enligt överenskommelsens intentioner skall de nationella riktlinjerna allt efter de blir tillgängliga utgöra en grund för regionala och lokala vårdprogram.

Tidigare har Socialstyrelsen utfärdat nationella riktlinjer för bl.a. diabetes, stroke, höftfrakturer och kranskärlssjukvård. Remissbehandling pågår för närvarande av nationella riktlinjer för venös tromboembolism, hjärtsjukvård och astma/kroniskt obstruktiv lungsjukdom. Arbetet med riktlinjer för bröstcancer har påbörjats och inom cancerområdet planeras riktlinjer också för bl.a. kolektal och prostatacancer.

## **7.2 Regionala vårdprogram i cancervården**

Under åren 1976-1991 inrättades onkologiska centra<sup>24</sup> i de sex sjukvårdsregionerna. Gemensam verksamhet för onkologiska centra är regional cancerregistrering samt regionala/nationella

---

<sup>24</sup> <http://www.oc.umu.se/index.htm>

vårdprogram- och kvalitetsregister för olika tumörgrupper. I varierande omfattning bedrivs även forskning vid onkologiska centra inom områden. Materialen från de regionala tumörregistren sammanställs av SoS<sup>25</sup> reglerat verksamheten i allmänt råd 1991:6 Samordning av den onkologiska sjukvården - onkologiska centras roll och uppgifter. Uppgiften är i korthet bl.a. att:

- Ansvara för regional cancerregistrering och viss regional cancerstatistik.
- Ansvara för att vårdprogram utarbetas för tumörsjukdomar
- Samordna sjukvårdsregionens resurser för cancervård
- Skapa ändamålsenliga interdisciplinära samarbetsformer
- Medverka vid planering, genomförande och utvärdering av hälsoundersökningar för tidig diagnostik av cancer.
- Medverka i cancerförebyggande arbete inom regionen.

Syftet med de regionala vårdprogram som utarbetas av de onkologiska centra är att samordna sjukvårdens resurser för cancervård, så att alla patienter i regionen får likvärdig och optimal vård med hänsyn till tillgängliga resurser. Vårdprogram utarbetas dels regionalt, dels av de nationella centras i samverkan. På detta vis utarbetades ett svenskt nationellt vårdprogram för lungcancer som publicerades 1991.

### **7.3 Nationella planer per diagnos/sjukdomsgrupp i relation till nationella riktlinjer**

Förslaget om en plan för en utpekad diagnosgrupp kan inte ses som ett isolerat förslag utan måste behandlas ur principiell synpunkt. För att en nationell plan skall bli ett fungerat instrument för sjukvårdens styrning krävs att den inpassas i den nationella styrningen av vården och också ges en tydlig status. Detta kan ske antingen genom att den fastställs som lag eller annan författningstext eller att den utformas som en bindande överenskommelse mellan staten och sjukvårdshuvudmännen. I båda fallen blir konsekvensen att staten styr och reglerar förhållandet mellan patient eller patientgrupp och sjukvårdshuvudman inom en del av vårdsektorn. På denna punkt skiljer sig den nationella planen från de överenskommelser som tidigare upprättats t.ex. inom ramen för Dagmarförhandlingarna som är av mer generell karaktär. I den nu gällande ansvarsfördelningen

<sup>25</sup> <http://www.sos.se/epc/cancer/introcan.htm>

mellan stat och landsting rörande sjukvården är det landstingens ansvar att reglera vården av enskilda patientgrupper. En nationell plan skulle därför bryta mot de övergripande principer som legat bakom hälso- och sjukvårdslagens utformning där ansvaret för sjukvården regleras.

Det finns stora likheter mellan de nationella planerna och de nationella riktlinjerna, framförallt när det gäller målsättningen att påverka medicinsk praxis, men skillnaden är trots detta stor. Detta då begreppet nationell plan implicerar en mer direkt statlig styrning av villkoren för enskilda patientgrupper medan de nationella riktlinjerna har karaktären av rekommendationer till landstingen.

Det finns ett starkt stöd inom sjukvården för de nationella riktlinjerna och också en samsyn om behovet av att utjämna skillnaderna i medicinsk praxis. Trots detta har kritiska synpunkter och frågetecken om bl.a.: oklarheten i riktlinjernas formella status dvs. om de är rekommendationer eller direktiv till sjukvårdshuvudmännen och sjukvården, deras eventuella kostnadsdrivande effekt samt den oplanerade omfördelning av resurser som blir nödvändig då de i många fall innefattar nya åtaganden förts fram från sjukvårdshuvudmännen.

I de länder där staten har ett mer direkt ansvar för sjukvården (t.ex. Storbritannien, Norge) gentemot den enskilda medborgaren finns ofta olika typer av plandokument på nationell nivå. Vanligtvis syftar dessa till att garantera en likvärdig behandling i riket oberoende av bostadsort eller andra faktorer som kan påverka vårdutbudet. I länder med en mer federal uppbyggnad såsom Tyskland och Österrike, saknas vanligtvis nationella dokument utan dessa återfinns på delstatsnivån eller den nivå där det primära ansvaret för sjukvården återfinns.

#### **7.4 Pågående utredningsarbete**

Folkhälsoinstitutet har för närvarande ett regeringsuppdrag att se över hur arbetet med hälsoinformation ska bedrivas i Sverige. Detta är en central fråga när det gäller prevention av ett flertal olika sjukdomstillstånd. Inom uppdraget ingår bl.a. att belysa frågeställningar kring de väsentligaste cancerpreventiva åtgärderna, och hur dessa insatser bör utformas. Uppdraget ska vara slutfört 2005.

Socialstyrelsen har som ovan nämnts ambitionen att i arbetet med nationella riktlinjer även behandla andra stora cancergrupper, utöver det pågående arbetet med bröstcancer. När det gäller can-

cervården har därtill regeringen givit SoS i uppdrag att senast den 31 december 2003 redovisa en genomgång av väntetider, bemötande, personalförsörjning samt rutiner för löpande redovisning och uppföljning av väntetider i cancervården.

Regeringen beslutade den 23 januari 2003 att tillsätta en parlamentarisk kommitté som förutsättningslöst ska se över strukturen och uppgiftsfördelningen mellan staten, landstingen och kommunerna. Därutöver ska även den svenska förvaltningsmodellen prövas särskilt i ljuset av det svenska EU-medlemskapet. Ett syfte med översynen är att strukturen för samhällsorganisationen är tämligen svåröverskådlig och otydlig mellan de olika nivåerna i samhället. Från den enskilde medborgarens utgångspunkt är det svårt att se vilken offentlig institution som ansvarar för vad.

## 7.5 Analys

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. Tanken bakom nuvarande ansvarsfördelning är formulerad av regeringen i proposition om hälso- och sjukvårdslag (1981/82:97):

”Landstingskommunerna bör ges ett ansvar för att främja hälsan hos dem som är bosatta inom landstingskommunen och för att befolkningen erbjuds en god hälso- och sjukvård. De bör ansvara för planeringen av hälso- och sjukvårdens utveckling och för samverkan med andra myndigheter och organisationer vars verksamhet kan ha betydelse för befolkningens hälsa. Att ett sådan samlat an-

svar läggs på landstingskommunerna kan få stor betydelse för möjligheten att på sikt förbättra hälsan hos befolkningen och för att effektivisera verksamheten.”

Det är av stor vikt att vårdens kvalitet är god och att medborgaren känner förtroende för den vård som ges av landstingen. De ekonomiska begränsningarna och organisatoriska förändringar som skett av sjukvården under 1990 – talet har inneburit stora påfrestningar på vården och på den personal som arbetar i sjukvården. I vissa fall har detta medfört tveksamheter och tvivel på vårdens kapacitet och förmåga från allmänhetens sida.

En plan eller ett program för en viss diagnos- eller sjukdomsgrupp bör ha som syfte att styra en verksamhet genom att föreskriva vissa aktiviteter eller viss typ av uppföljning. I det komplexa utbytet av information som sker mellan stat och landsting i sjukvårdsfrågor måste en sådan plan få en tydlig och klar status. I den mån den blir så långtgående att den påverkar förhållandet mellan läkare och patient bör den ges en juridisk form genom att vara uttryckt i lag eller förordningstext.

Vi har i det föregående gjort en distinktion mellan nationella planer för utpekade diagnosgrupper och den typ av överenskommelser regeringen träffat med landstingsförbundet på den grunden att de första berör förhållanden inom enstaka delar av vårdsektorn medan de andra är av mer generell karaktär.

Ett initiativ från statens sida för en enstaka diagnosgrupp betyder i praktiken att denna diagnosgrupp ges prioritet framför andra av sjukvårdens patientgrupper och verksamhetsområden. En sådan prioritering mellan olika gruppers behov av insatser inom hälso- och sjukvården ligger i dagens ansvarsfördelning inom sjukvårdshuvudmännens område. Om staten i författningstext lägger fast en nationell plan för behandlingen av en diagnos eller diagnosgrupp ökar därför den intervention RRV nämner med åtföljande risk för oklarhet och otydlighet i ansvarsfördelningen mellan stat och landsting. Det är vår uppfattning att detta medför en påtaglig risk för att målet med planarbetet inte uppnås.

Det ligger inte inom ramarna för projektets uppdrag att pröva den grundläggande ansvarsfördelningen inom Hälso- och sjukvården. Inom ramen för den översyn av den högspecialiserade vården kommer vi dock, inom de ramar som utredningsuppdraget givit, att beröra vissa ansvarsfrågor. Vi kommer också att överväga olika typer av åtgärder för att säkerställa att den högspecialiserade sjukvården har hög och god kvalitet. Här vill vi redan nu peka på de

möjligheter till kvalitetssäkring som ges av ökade insatser mot uppföljning och systemtillsyn.

Framställningen från Cancerfonden lyfter även fram betydelsen av ökad satsning på forskning kring cancersjukdomarna, inklusive behov av ökat stöd även till tumörbiologisk grundforskning, och önskemål om ytterligare centralisering av vård av i vart fall de mera sällsynta tumörformerna. I denna del kan paralleller dras med de cancerprofilerade sjukhus som exempelvis finns i USA och som marknadsförs som "centers of excellence" och med en tydlig profil både inom klinisk cancervård och i cancerforskning. I Sverige är cancervården integrerad med annan vård sett ur ett övergripande perspektiv och förutsätter en kraftfull samverkan mellan en rad olika medicinska specialiteter. Även om klinisk cancerforskning sker vid universitetssjukhusens onkologiska kliniker, finns även en betydande del av den kliniska cancerforskningen vid andra institutioner/enheter.

Det är viktigt att understryka att projektet i stort delar de farhågor som påtalas av cancerfonden. Vi vill dock understryka att det bekymmersamma scenario som skisseras av cancerfonden också omfattar andra diagnosgrupper, några exempel på sådana – som också diskuterats mycket – är den förväntade kraftiga ökningen av alkoholrelaterade sjukdomstillstånd, de tilltagande problemen kring fetma och de långsiktiga konsekvenserna av rökning, det finns också andra stora och små sjukdomsgrupper kan nämnas i detta sammanhang.

Vi anser det vara av vikt att insatserna för olika sjukdomsgrupper utformas så att även små och sällsynta diagnosgrupper får de resurser som erfordras för en god patientvård. Den överblick som behövs för att på bästa sätt leda denna verksamhet finns i dag, i enlighet med hälso- och sjukvårdslagens regler, hos de lokala sjukvårdshuvudmännen.

Generellt kan sägas att vården står inför stora utmaningar, inte minst beroende på den förändring i åldersstrukturen som kan förutses under den närmaste 20 års perioden. År 2021 kommer andelen i befolkningen som är över 60 år ha ökat med 24 % i förhållande till befolkningstalet år 2001 medan befolkningen i sin helhet enbart ökat med 7 % under samma tidsperiod. Detta kommer att leda till en ökad belastning på all sjukvård och som en ren följd av de demografiska förändringarna kan vi sannolikt se fram mot en ökad prevalens av ett flertal allvarliga sjukdomstillstånd.