REGERINGSKANSLIET

**Remiss**

2016-01-14 S2015/07487/FS

**Socialdepartementet**

*Enheten för folkhälsa och sjukvård*

**SOU 2015:98 Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa**

**Remissinstanser:**

1. Riksdagens ombudsmän (JO)
2. Justitiekanslern (JK)
3. Riksrevisionen
4. Förvaltningsrätten i Stockholm
5. Myndigheten för samhällsskydd och beredskap (MSB)
6. Datainspektionen
7. Kommerskollegium
8. Socialstyrelsen
9. E-hälsomyndigheten
10. Folkhälsomyndigheten
11. Inspektionen för vård och omsorg (IVO)
12. Läkemedelsverket
13. Myndigheten för delaktighet
14. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
15. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)
16. Statens medicinsk-etiska råd (SMER)
17. Statens institutionsstyrelse (SiS)
18. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)
19. Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd (Forte)
20. Uppsala universitet
21. Lunds universitet
22. Göteborgs universitet
23. Umeå universitet
24. Linköpings universitet
25. Karolinska institutet (KI)
26. Örebro universitet

*Postadress* 103 33 Stockholm
*Telefonväxel* 08-405 10 00
*E-post:* s.registrator@regeringskansliet.se
*Besöksadress* Fredsgatan 8
*Telefax* 08-723 11 91

27. Vetenskapsrådet
28. Konkurrensverket
29. Verket för innovationssystem (Vinnova)
30. Regelrådet
31. Riksarkivet
32. Statskontoret
33. Ekonomistyrningsverket (ESV)
34. Försvarsmakten
35. Akademiska sjukhuset
36. Skånes Universitetssjukhus
37. Norrlands Universitetssjukhus
38. Karolinska universitetsjukhuset
39. Universitetssjukhuset i Örebro
40. Sahlgrenska Universitetssjukhuset
41. Universitetssjukhuset i Linköping
42. Stockholms läns landsting
43. Uppsala läns landsting
44. Södermanlands läns landsting
45. Östergötlands läns landsting
46. Jönköpings läns landsting
47. Kronobergs läns landsting
48. Kalmar läns landsting
49. Blekinge läns landsting
50. Skåne läns landsting
51. Hallands läns landsting
52. Västra Götalands läns landsting
53. Värmlands läns landsting
54. Örebro läns landsting
55. Västmanlands läns landsting
56. Dalarnas läns landsting
57. Gävleborgs läns landsting
58. Västernorrlands läns landsting
59. Jämtlands läns landsting
60. Västerbottens läns landsting
61. Norrbottens läns landsting
62. Gotlands kommun
63. Akademikerförbundet SSR
64. Apotekarsocieteten (APS)
65. Distriktssköterskeföreningen
66. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter
67. Fysioterapeuterna
68. Kommunal
69. Svensk Sjuksköterskeförening (SSF)
70. Svenska Läkaresällskapet

71. Sveriges Farmaceuter
72. Sveriges läkarförbund
73. Sveriges Psykologförbund
74. Privattandläkarna
75. Sveriges Tandläkarförbund
76. VISION
77. Vårdförbundet
78. Handikappförbunden (HSO)
79. Nätverket mot cancer
80. Lika Unika
81. Cancerfonden
82. Regionala cancercentrum i samverkan
83. Prostatacancerförbundet
84. Bröstcancerföreningarnas Riksorganisation (BRO)
85. Neuroförbundet
86. Njurförbundet
87. Riksförbundet Sällsynta diagnoser
88. Nationell Samverkan för Psykisk Hälsa (NSPH)
89. Pensionärernas Riksorganisation(PRO)
90. SPF Seniorerna
91. Reumatikerförbundet
92. Riksförbundet HjärtLung
93. Svenska Diabetesförbundet
94. Aleris
95. Apoteket AB
96. Capio
97. FAMNA
98. Inera AB
99. IT & Telekomföretagen
100. Kronans Droghandel Apotek AB
101. Läkemedelsindustriföreningen (LIF)
102. Stiftelsen Nätverk för läkemedelsepidemiologi (NEPI)
103. Sveriges Apoteksförening
104. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)
105. Swedish Medtech
106. Vårdföretagarna

Remissvaren ska ha kommit in till Socialdepartementet senast **den 15 april 2016**. Vi vill att ni enbart skickar dem i elektronisk form och då både i wordformat och pdf-format. Remissvaren ska skickas till följande e-postadresser: s.registrator@regeringskansliet.se och s.fs@regeringskansliet.se.

**I remissvaret ska Socialdepartementets diarienummer S2015/07487/FS anges.**

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

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

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

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

Frågor under remisstiden besvaras av Åsa Elffors, Socialdepartementet, Enheten för folkhälsa och sjukvård, telefon 072-232 05 14, eller asa.elffors@regeringskansliet.se

Torkel Nyman
Departementsråd

Kopia till
Wolters Kluwer kundservice, 106 47 Stockholm

# Träning ger färdighet

## Koncentrera vården för patientens bästa

*Betänkande av*
*Utredningen om högspecialiserad vård*

*Stockholm 2015*

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

**SOU 2015:98**

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

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Wolters Kluwer Sverige AB
på uppdrag av Regeringskanslets förvaltningsavdelning.
*Svara på remiss – hur och varför.*
*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02)*
En kort handledning för dem som ska svara på remiss. Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet.
Omslag: Elanders Sverige AB.
Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24375-6
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade den 10 april 2014 att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna förslag till hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration (dir. 2014:56).

Som särskild utredare förordnades direktören och professorn Måns Rosén. Utredningen har antagit namnet Utredningen om högspecialiserad vård (S 2014:11).

Som experter att biträda utredningen förordnades från och med den 28 augusti 2014 medicinsk sakkunnig Lennart Christiansson, medicine doktor Oili Dahl, samordnare Gunilla Gunnarsson, ordförande Håkan Hedman, sektionschef Åsa Himmelsköld, professor Martin Ingvar, professor Stefan Lindgren, biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör Peter Lönnroth, chefläkare Anna Nergårdh och professor Ulf Näslund. Vid samma tidpunkt förordnades departementssekreterare Malin Ekelund, ämnesråd Cecilia Halle, kansliråd Marcus Martinelle och kansliråd Maria Wästfelt som sakkunniga i utredningen. Departementssekreterare Malin Ekelund och kansliråd Maria Wästfelt entledigades som sakkunniga från och med den 25 februari 2015. Vid samma tidpunkt förordnades departementssekreterare Andreas Karlsson och departementssekreterare Elin Allard som sakkunniga i utredningen. Samma dag förordnades generaldirektör Olivia Wigzell och verksamhetschef Claes Jönsson som experter att biträda utredningen. Från och med den 30 mars 2015 förordnades rättssakkunnig Zandra Milton som sakkunnig i utredningen. Från och med den 17 april 2015 entledigades departementssekreterare Elin Allard som sakkunnig och kansliråd Maria Wästfelt förordnades på nytt som sakkunnig i utredningen. Från och med den 4 september 2015 entledigades generaldirektör Olivia Wigzell som expert i utredningen.

Departementssekreterare Maria Nilsson anställdes som sekreterare i utredningen från och med den 9 juni 2014. Enhetschef Marie Lawrence anställdes som sekreterare i utredningen från och med den 1 augusti 2014. Juristen Ulrika Ternby anställdes som sekreterare på halvtid i utredningen från och med den 23 mars till och med den 5 juni 2015. Hennes anställning förlängdes sedan till att omfatta 40 procent från och med den 1 september till och med den 30 september 2015.

Utredningen överlämnar härmed sitt betänkande *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa* (SOU 2015:98) och har därmed slutfört sitt uppdrag.

Stockholm i november 2015

Måns Rosén

/ Maria Nilsson
Marie Lawrence
Ulrika Ternby

# Innehåll

**Hälso- och sjukvård i Sverige år 2025 – en framtidsvision..... 11**

**Sammanfattning ..... 15**

**Summary ..... 23**

**1 Författningsförslag..... 31**

1.1 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)..... 31

1.2 Förslag till förordning om högspecialiserad vård ..... 34

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen..... 35

**2 Vårt uppdrag enligt direktiven och arbetets bedrivande..... 37**

2.1 Uppdraget..... 37

2.2 Arbetets bedrivande..... 38

**3 Utgångspunkter för utredningens förslag..... 41**

3.1 Intressentanalys ..... 41

3.2 Patientens bästa är utgångspunkten..... 43

3.3 Vägledande principer ..... 44

**4 Utredningens arbetsmetoder..... 47**

**5 Reformer och tidigare eller pågående utredningar på området ..... 53**

5.1 Regionsjukvårdens framväxt ..... 53

5.2 Ansvarskommittén ..... 58

5.3 En nationell cancerstrategi för framtiden ..... 58

5.4 En ändamålsenlig informationshantering inom hälso- och sjukvården ..... 59

5.5 Socialstyrelsens traumautredning ..... 60

5.6 Indelningskommittén ..... 62

**6 Svensk hälso- och sjukvård – organisation och utmaningar ..... 63**

6.1 Hälso- och sjukvårdens organisation ..... 63

6.2 Ersättningssystem för utomlänsvården ..... 67

6.3 Tillgång till personal inom hälso- och sjukvården ..... 70

**7 Nivåstrukturering på nationell och regional nivå samt inom Norden och EU ..... 73**

7.1 Begreppet nivåstrukturering ..... 73

7.2 Styra med kunskap ..... 74

7.3 Rikssjukvård ..... 77

7.4 Samordning av cancervården ..... 87

7.5 Sällsynta diagnoser ..... 91

7.6 Andra exempel på nivåstrukturering ..... 94

7.7 Nordisk samverkan ..... 97

7.8 Europeiska referensnätverk ..... 98

**8 Sambandet mellan volym och kvalitet ..... 101**

8.1 Träning ger färdighet ..... 103

8.2 Metodologiska överväganden ... 105
8.3 Ger ökad volym bättre resultat? ... 106
8.4 Samband sjukhusvolym och patientutfall ... 107
8.5 Samband mellan behandlarens volym och patientutfall ... 113
8.6 Samband volym och patientutfall i trauma- och akutvård ... 117
8.7 Sjukhusvolym och dödlighet på svenska sjukhus ... 118
8.8 Slutsatser kring volym ... 121

**9 Forskning, utbildning och kompetensutveckling ... 131**
9.1 Forskning och högspecialiserad vård ... 131
9.2 Koncentration ställer krav på samverkan runt utbildning och kompetensutveckling ... 133

**10 Internationell utblick ... 137**
10.1 Danmark ... 137
10.2 Norge ... 141
10.3 England ... 143

**11 Alternativa strukturer för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården ... 147**
11.1 Befintliga strukturer för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården ... 147
11.2 Alternativa strukturer ... 149
11.3 För- och nackdelar med de alternativa strukturerna ... 152
11.4 Utredningens bedömning ... 155

**12 Definition av begreppet högspecialiserad vård ... 157**
12.1 Vad är högspecialiserad vård? ... 158
12.2 Nationell och regional högspecialiserad vård ... 163

12.3 Vad är högspecialiserad vård inom respektive sjukdomsområde? ... 164

12.4 Omfattningen av högspecialiserad vård ... 164

**13 Förslag till ny struktur för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården ... 167**

13.1 Underlag och beslut om vad som utgör nationell respektive regional högspecialiserad vård ... 167

13.2 Lokalisering av nationell högspecialiserad vård ... 175

13.3 Lokalisering av regional högspecialiserad vård ... 179

13.4 Tillsyn över följsamheten till besluten om var nationell högspecialiserad vård ska bedrivas ... 182

13.5 Genomförandet av förslagen ... 185

13.6 Hanteringen av befintliga rikssjukvårdstillstånd och beslut om nationell cancersamordning ... 186

**14 Krav på utförare av nationell högspecialiserad vård och uppföljning ... 189**

14.1 Krav på utförare av nationell högspecialiserad vård ... 190

14.2 Uppföljning av tillstånd för den nationella högspecialiserade vården ... 193

14.3 Uppföljning av nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården ... 195

14.4 Återkallelse av tillstånd ... 196

14.5 Överklagande av beslut om nationell högspecialiserad vård ... 197

14.6 Uppföljning ur ett patient- och samhällsperspektiv ... 201

**15 Akutuppdraget ... 203**

15.1 Nuvarande organisation ... 204

15.2 Nivåstrukturering av den akuta vården ... 207

**16 Övriga förslag som underlättar koncentration ..... 211**

16.1 Förändra indelningen av dagens landsting och skapa storregioner ..... 212

16.2 Utveckla öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata för den högspecialiserade vården ..... 212

16.3 Utveckla nationella prisöverenskommelser för den högspecialiserade vården..... 213

16.4 Förenkla informationshanteringen inom hälso- och sjukvården..... 214

16.5 Träna mer och använd simulering..... 215

16.6 Uppmuntra och underlätta sjukhusprofilering..... 216

**17 Konsekvenser av förslagen..... 219**

17.1 Inledning..... 219

17.2 Kommunala självstyret ..... 219

17.3 Ekonomiska konsekvenser..... 224

17.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet..... 230

17.5 Konsekvenser för patienterna ..... 231

17.6 Konsekvenser för akutsjukvården..... 232

17.7 Konsekvenser för forskning, utbildning och kompetensutveckling..... 233

17.8 Jämställdhet mellan kvinnor och män och effekterna för små företag ..... 234

**18 Författningskommentar ..... 237**

18.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)..... 237

## Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2014:56 ..... 243

Bilaga 2 Utredningens expert-/sakkunniggrupp ..... 251

Bilaga 3 Statistiska metoder ..... 253

Bilaga 4 Aggregerade operationskoder ..... 255

Bilaga 5 Processbilder över förslagen ..... 261

# Hälso- och sjukvård i Sverige år 2025 – en framtidsvision

*Vi befinner oss i Sverige år 2025. Mycket har hänt under de senaste tio åren. Reformen med bildandet av storregioner har genomförts och vi har inte längre 21 landsting. Utredningen om högspecialiserad vård hade satt fart på diskussionen om behovet av volym och att träning ger färdighet. Förslagen hade genomförts och med en tydligare nationell styrning hade samarbetet mellan myndigheter och regioner utvecklats positivt.*

Politiker, patienter och professioner från svensk hälso- och sjukvård blev stup i ett inbjudna som ”keynote speakers” runt om i världen för att förklara det svenska hälso- och sjukvårdsundret. Sjukvårdsministern skulle inledningstala om den svenska utvecklingen på Världshälsoorganisationens generalförsamling i Genève, ordföranden för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) skulle tala om samma ämne inför det Europeiska samarbetsorganet för kommuner och regioner och ordföranden för Handikappförbunden (HSO) skulle redovisa patienternas och brukarnas syn på European Patient Forum.

En reporter från New York Times ringde upp ordförande Stina Eriksson på SKR för en intervju.

”Ni hade cirka 70 akutsjukhus år 2015, men nu år 2025 har drygt femton av dessa ombildats till närsjukhus med mer avgränsade uppgifter. Protesterade inte folk som bodde på dessa orter?”

”Jo, så var det” erkände Stina. ”Det var tufft för lokalpolitikerna i början, inte minst när de lokala läkarna talade ut i pressen om att det var en fara för patienternas liv. Vi trodde vi skulle klara omstruktureringen själva, men får väl så här efteråt säga att det var bra att Socialstyrelsen med sakkunniggrupper tog fram kunskapsbaserade underlag. När medicinska professioner och patienter stödde försla-

gen så blev det enklare att genomföra omstruktureringen. Sjukhusen lades inte ner, de fanns kvar som en trygghet, stod för bra omvårdnad och koncentrerade sig på färre uppgifter som de blev bra på. Du vet, ”practice makes perfect” som ni brukar säga”.

Reportern på New York Times avbröt: ”Ja, men hur blev det för patienterna som måste transporteras?”.

”Jo, detta hade vi planerat för och därför lyckades vi i regionerna äntligen få till ett nationellt system för ambulanstransporterna” svarade Stina som entusiastiskt fortsatte ”Men, ytterligare en fördel är att regionernas budget kom i balans. Minskade komplikationsfrekvenser sparade mycket pengar. Att upprätthålla en akutverksamhet med dygnetrunt jour på många ställen kostade också mycket pengar och vi har samordnat resurserna bättre i regionerna. Vi har kunnat använda en del pengar till att bygga ut primärvården.”

*Lillåkers sjukhus – bäst i klassen*

Lillåkers sjukhus hade nu fått bästa resultat i öppna jämförelser och patienterna var mycket nöjda med vården. ”Förklaringen” sa sjukhusdirektören till Dagens Medicin ”tror jag är att vi gör det vi är bra på och skickar andra patienter till dem som kan det bättre än oss. Vi skickar t.ex. i väg patienter med tjock- och ändtarmscancer till universitetssjukhuset, men tar emot prostatacancerfall från hela Sverige och t.o.m. övriga Europa. Vi kan inte göra allt bra”.

Patienten Anna, 83 år, kan illustrera hur samverkan går till mellan Lillåkers sjukhus och universitetssjukhuset. Efter undersökningar konstaterar man att hon har en ändtarmscancer som måste opereras. ST-läkare Maria Persdotter, som är Annas fasta läkarkontakt under hela vårdprocessen, har genomfört en multidisciplinär konferens via videolänk angående Annas cancer. Efter mötet har Maria informerat patienten Anna om att hon måste opereras på universitetssjukhuset och nu är de uppkopplade på videolänk med den kirurg som ska operera. ”Jo, Anna” säger ST-läkaren Maria ”Ulla, som är den som ska operera dig, har gjort många operationer”. Ulla tog vid och sa: ”Förra året gjorde jag 50 sådana här operationer och snart har jag sammanlagt gjort nästan tusen operationer. Alla i operationsteamet är fantastiskt duktiga och vi har jobbat ihop länge. I öppna jämförelser har vi toppresultat”. ”Det låter tryggt” säger Anna. ”När jag

arbetade dagligen som sömmerska så gick det både undan och blev bra. Att träna är viktigt vad man än gör".

Det fanns naturligtvis en oro när man beslutade att sluta göra kolorektalkirurgi på Lillåkers sjukhus. Politikerna lovade i stället att de skulle få ansvar för regionens prostatacancerkirurgi. Politikerna lyckades värva en dynamisk och tävlingsinriktad verksamhetschef för prostatacancervården. Lennart Paulsson hette han. Han gillade den vackra naturen och hade släktingar i bygden. "Vi ska vara i internationell toppklass och helst bli bättre än vad alla andra är" sa Lennart på sitt första personalmöte. Personalen skrattade lite osäkert inför denna osannolika profetia.

Men, sakta men säkert hände saker. Först lyckades man med några bra rekryteringar för att de tilltalades av de ambitiösa målen. Man satsade mycket på utbildning av personalen, patientfallen dokumenterades noggrant i kvalitetsregister, operationerna videofilmades och forskning uppmuntrades. Varje vecka träffades man och diskuterade förra veckans fall. Att titta på varandras operationer blev ett naturligt inslag i lärandet. Konstruktiv kritik uppmuntrades kraftfullt. Klinikens resultat förbättrades snabbt och ökade i sin tur personalens ambitioner ännu mer.

Nu har det gått tio år och utvecklingen har varit mycket positiv. Resultatredovisningen i vetenskapliga tidskrifter har gjort att kliniken får ta hand om patienter från hela Europa. Patientrörlighetsdirektivet i EU har gjort att många patienter från Frankrike, Portugal, Spanien och de baltiska länderna nu valde att få operationen utförd på Lillåkers sjukhus. Ett stort patienthotell har byggts för att ta hand om såväl patienter som anhöriga. Arbetstillfällena i kommunen har ökat kraftigt.

### *I talarstolen i Genève*

Sjukvårdsministern stod i talarstolen på Världshälsoorganisationens generalförsamlings möte i Genève. Talet var väl förberett. Han beskrev hur den nationella kunskapsstyrningen gått till. Att kunskapsunderlagen var evidensbaserade och hade tagits fram av dem som kan vårdens förutsättningar bäst, dvs. patienter och medicinska professioner. Att besluten om var den högspecialiserade vården skulle förläggas mer var politiska beslut. Att genomlysningen och kon-

sekvensanalysen av akutsjukvården varit viktig för strukturförändringarna. Men ganska snabbt kom sjukvårdsministern in på resultaten. ”Vi har förutsättningslöst och noga utvärderat effekterna av våra reformer. Läkare och annan sjukvårdspersonal gör fler behandlingar och uppnår bättre resultat än tidigare. Sedan år 2015 har uppskattningsvis 500 färre dödsfall och tusentals färre komplikationer undvikits varje år på grund av de strukturförändringar som genomförts. Vården har blivit mer jämlik. I alla internationella jämförelser av högspecialiserad vård ligger vi i topp”. Sjukvårdsministern hade fått upp ångan och fortsatte med konkreta exempel på vad den internationella statistiken visade. Han ville inte bli beskylld för att komma med ogrundade påståenden.

I pausen frågade Frankrikes sjukvårdsminister om vad som var den viktigaste förklaringen till att man lyckats med svåra omställningar. Sjukvårdsministern tänkte efter: ”Att förmedla evidensbaserad kunskap om att förändringarna var nödvändiga för patienternas bästa. Träning ger färdighet och alla vill göra ett bra jobb”.

# Sammanfattning

Utredningen om högspecialiserad vård har i uppdrag att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utvecklas för att patienterna ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Vi föreslår hur detta kan möjliggöras genom en ökad nationell styrning. I detta betänkande presenterar vi också ny statistik som visar på att hundratals liv kan räddas varje år om den högspecialiserade vården koncentreras.

## Patientens bästa är utgångspunkten

Patientens rätt till en högspecialiserad vård av hög kvalitet oberoende av var personen bor i landet är utgångspunkten för vårt utredningsarbete och våra förslag.

Om patienterna fick bestämma hade en mycket större andel av den högspecialiserade vården redan varit koncentrerad till färre vårdenheter än vad som gäller i nuläget. Patienterna betonar dock att hela vårdkedjan måste beaktas. De anser att en koncentration är nödvändig för att kvaliteten, patientsäkerheten och likvärdigheten i hälso- och sjukvården ska kunna upprätthållas. Detta framgår av både enkätundersökningar och de möten som utredningen haft med patientföreträdare.

Vi ser inget motsatsförhållande mellan att nivåstrukturera den högspecialiserade vården med nationella och regionala enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket som möjligt av vården ges lokalt nära hemmet. Bristen på helhetsansvar för patienterna är en akilleshäl inom svensk hälso- och sjukvård. Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården kan skapa goda förutsättningar för framtagande av nationella vårdprogram och standardiserade vårdförlopp. Telemedicinska verktyg så som diagnostik och behandling på distans samt fast vårdkontakt och multidisciplinära konferenser är ytterligare

verktyg som bör användas i högre utsträckning än i dag för att förenkla patientens väg genom vården.

## Ökad koncentration leder till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna

Utvecklingen går långsamt, trots att det finns konsensus på generell nivå om fördelarna med och behovet av en mer omfattande nivåstrukturering av den högspecialiserade vården. Utredningens egna analyser visar att högspecialiserad vård har koncentrerats i liten omfattning de senaste 14 åren. Som ett exempel gjordes år 2000 14,6 procent av komplicerade operationer på sjukhus som gjorde färre än 20 operationer per år av dessa ingrepp. År 2013 var motsvarande andel 13 procent. Statistiken visar därmed att ungefär lika många sjukhus som 14 år tidigare utför ett fåtal mycket komplicerade operationer.

Vi har dock uppfattat att det hos landstingen finns en önskan om goda argument för en ökad koncentration och hjälp med att prioritera och styra i denna riktning. Utredningen vill framföra följande skäl till varför den högspecialiserade vården behöver nivåstruktureras ytterligare.

- Kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården förbättras med ökade patientvolymer per vårdenhet och per behandlare. Detta framgår av samtliga systematiska översikter av den vetenskapliga litteraturen och våra egna analyser av svenska hälso- och sjukvårdsdata.
- Träning ger färdighet och läkare och andra professioner behöver upprätthålla sin kompetens för bästa möjliga resultat för patienten. Detta förutsätter högre patientvolymer än vad som är möjligt i dagens svenska sjukvårdsorganisation.
- Den vetenskapliga litteraturen och våra egna beräkningar pekar på att cirka 500 dödsfall skulle kunna undvikas årligen, antal komplikationer minskas och vårdtider kortas om patientvolymerna skulle öka till minst 100 ingrepp av en viss typ av åtgärd på svenska sjukhus. Eftersom situationen varit likartad länge, innebär det att tusentals patienter drabbats under det senaste decenniet. Vi föreslår därför att volymriktmärken för sjukhus bör vara minst inom

intervallet 50–100 åtgärder per år och att varje individ eller team bör göra cirka 30 åtgärder per år för att uppnå god kvalitet.

- Kvaliteten i den kliniska forskningen förbättras också med större patientvolymer. Det behövs även en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal och andra forskningskompetenser för att skapa en stimulerande forskningsmiljö, något som inte alltid finns på sjukhus med mindre volymer.

## Huvudförslag: Det behövs en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur

Vi föreslår en ny kunskaps- och beslutsstruktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Med nivåstrukturering menar vi en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter.

Syftet är att vårt förslag ska ersätta dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Beredningss- och beslutsprocessen för rikssjukvården har varit tidskrävande och ineffektiv i förhållande till antalet beslutade tillstånd. Bristen på helhetsperspektiv har bidragit till denna ineffektivitet. Även den nationella cancersamordningen har visat sig vara begränsad och relativt trögrörlig där bl.a. ett gemensamt nationellt beslutsorgan för landstingen saknas. Ur ett styrningsperspektiv är det olyckligt att rikssjukvården och cancersamordningen har utvecklats som två separata spår.

### *Definiera begreppet högspecialiserad vård*

En viktig del i det nya förslaget är den definition av högspecialiserad vård som utredningen föreslår.

> Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås. Högspecialiserad vård indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård.

Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt, men inte i varje sjukvårdsregion. Vi gör bedömningen att den nationella högspecialiserade vården omfattar cirka 4–5 procent av sjukhusvården.

Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i varje sjukvårdsregion, men på ett begränsat antal enheter och omfattar upp till 10–15 procent av sjukhusvården.

Vi har valt att inkludera den regionala nivån i definitionen eftersom vi gör bedömningen att det är mer än den mest avancerade hälso- och sjukvården som gynnas av en koncentration och därmed av en ökad samordning och styrning.

### *Ge Socialstyrelsen ansvaret för kunskaps- och beslutsstrukturen*

Vi föreslår att Socialstyrelsen får ett tydligare ansvar än vad myndigheten har i dag för att driva, samordna och besluta om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Det krävs en nationell arena och en samordnande och drivande kraft med beslutsbefogenheter för att möjliggöra en ökad koncentration av den högspecialiserade vården.

Motsvarande analys delas av många av de företrädare för landstingen och sjukhusen samt patient- och professionsföreträdare som vi har träffat under utredningsarbetets gång.

### *Tillsätt ett antal sakkunniggrupper som tar fram underlag*

Den inledande kunskapsinsamlande fasen är avgörande för hur omfattande nivåstruktureringen blir. Där tas underlag fram avseende vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. En systematisk genomgång av all specialiserad hälso- och sjukvård skapar förutsättningar för ett helhetsgrepp kring hälso- och sjukvården. Därmed säkerställs att hänsyn tas till bl.a. akutsjukvården, forskning och utbildning samt att vårdkedjorna samordnas.

Professions- och patientföreträdare har bäst kompetens att bedöma vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Vi föreslår därför att så kallade sakkunniggrupper bestående av professions- och patientföreträdare tillsätts. Under en begränsad tid ska de inventera all specialiserad hälso- och sjukvård och bedöma vilken vård som behöver koncentreras på nationell och regional nivå. Ut-

gångspunkten ska vara den definition av högspecialiserad vård som presenteras ovan.

*Låt Socialstyrelsen ansvara för den nationella högspecialiserade vården och landstingen för den regionala högspecialiserade vården*

Vi föreslår att Socialstyrelsen får ansvar att besluta om vilken hälso- och sjukvård som är att betrakta som nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsen ansvarar därefter för den fortsatta koncentrationsprocessen för den nationella högspecialiserade vården genom att inbjuda landstingen att ansöka om att bedriva denna vård.

Ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, beslutar avslutningsvis vilka huvudmän som ska få tillstånd att bedriva viss nationell högspecialiserad vård. Nämnden består av företrädare för landstingen.

Socialstyrelsen överlämnar sakkunniggruppernas kunskapsunderlag om den regionala högspecialiserade vården som rekommendationer till landstingen. Dessa rekommendationer ska bl.a. belysa vilka patientvolymer och särskild kompetens som krävs för den högspecialiserade vård som behöver koncentreras i respektive sjukvårdsregion. Landstingen ansvarar för den regionala nivåstruktureringen och därmed hur dessa rekommendationer ska omsättas lokalt och regionalt.

Socialstyrelsen ska även ansvara för uppföljningen av nationell och regional högspecialiserad vård. Egenrapportering och offentlig publicering av kvalitetsdata för den högspecialiserade vården på en gemensam webbplats blir centrala verktyg.

Vi föreslår att vårt huvudförslag genomförs genom förändringar i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), en ny förordning om högspecialiserad vård samt ändringar i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen med ikraftträdande den 1 januari 2018.

## Nivåstrukturering utvecklar hälso- och sjukvården

Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården ska inte ses som en isolerad åtgärd utan bör i stället hanteras som en central del av kunskapsstyrningen och även en möjliggörare för att få till en förändrad läns- och landstingsindelning samt andra nödvändiga strukturförändringar.

Den inledande inventeringen av all specialiserad hälso- och sjukvård som ska göras av sakkunniggrupper skapar goda förutsättningar att bedriva en bättre, säkrare och mer sammanhållen hälso- och sjukvård. Arbetsfördelningen mellan olika vårdenheter blir tydligare och underlagen kan bl.a. ligga till grund för nationella vårdprogram.

Vår definition av högspecialiserad vård sätter fokus på behovet av starka sjukvårdsregioner eller större och färre sjukvårdshuvudmän som ska kunna bedriva och utveckla den regionala högspecialiserade vården. En ökad koncentration av den högspecialiserade vården skapar dessutom motiv och förutsättningar att se över andra befintliga sjukvårdsstrukturer, i synnerhet inom akutsjukvården.

## Övriga förslag från utredningen

Utöver vårt huvudförslag om en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur för den högspecialiserade vården, finns det flera insatser som skulle förenkla koncentrationen av den högspecialiserade vården och förbättra samordningen av patientens väg genom vården. Vi anser bl.a. att

- *Färre sjukvårdshuvudmän i form av storregioner ger bättre förutsättningar att klara nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården.* Den pågående Indelningskommittén som har till uppgift att föreslå en ny läns- och landstingsindelning kan underlätta nivåstruktureringen i hälso- och sjukvården och ge huvudmännen möjlighet att klara den regionala högspecialiserade vården på egen hand.
- *Kvalitetsdata bör vara tillgänglig för allmänheten.* En öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata för den högspecialiserade vården anser vi bör utvecklas skyndsamt för att såväl patienter och medborgare som professioner ges tillgänglig information om dess kvalitet och effektivitet. Data om volymer kopplade till åtgärder eller behandlingar per enhet bör alltid redovisas. Det bör även införas en uppgift över hur många åtgärder av en viss typ varje behandlare har gjort i de patientadministrativa systemen eller i kvalitetsregister. Det borde också generellt vara så att verksamhetschefen har möjlighet att följa upp alla behandlares resultat på individnivå i kvalitetsregistren i form av dödlighet och komplikationer.

- *Nationella prisöverenskommelser behövs för den högspecialiserade vården.* Landstingen bör samordna priserna för den högspecialiserade vården för att koncentrationen ska fungera och falla väl ut för patienterna. De nuvarande ersättningssystemen och regionala prisöverenskommelserna tycks varken tillmötesgå säljar- eller köparlandstingen. Detta faktum försvårar nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården och patientrörligheten över landstingsgränserna och därmed patienternas tillgång till bästa möjliga behandling.
- *Nivåstrukturering av akutsjukvården behöver utredas.* Vi anser det angeläget att en särskild utredning tillsätts för att belysa behovet av och föreslå hur akutsjukvården kan nivåstruktureras. Det är viktigt att den högspecialiserade vården organiseras så att även akutuppdraget klaras av. Vi kan konstatera att en ökad koncentration av den högspecialiserade vården, främst på regional nivå, får konsekvenser för akutuppdraget. När enskilda sjukhus som en konsekvens av nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården inte längre utför vissa behandlingar, förlorar sjukhuset bl.a. viss kompetens. Beroende på i vilken omfattning det lokala sjukhusets vårdutbud ändras, påverkas därmed också dess förmåga att behandla de akuta patienter som kommer till akutmottagningen. Det kan bli svårt att säkra akutuppdraget om ingen hänsyn tas till akutuppdraget vid nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården. Detta kan i sig bli ett hinder för en ökad koncentration av den högspecialiserade vården. Samtidigt visar den vetenskapliga litteraturen att även akutsjukvården behöver tillräckliga patientvolymer för att kunna bedrivas med hög kvalitet och patientsäkerhet.
- *Nationella enhetliga standarder behövs för kommunikationslösningar för telemedicinska verktyg.* Vi stödjer E-hälsokommitténs ambition att få till nationella enhetliga standarder och tekniska krav som underlättar möjligheterna att kommunicera mellan landsting och mellan vårdenheter. Genom telemedicinska verktyg såsom video och andra tekniska hjälpmedel, kan avancerad vård bedrivas på distans utan att flytta på varken patienten eller specialistteamet och ändå upprätthålla tillräckliga patientvolymer. Men för att fördelarna med telemedicin ska kunna realiseras fullt ut, behöver det finnas en teknisk infrastruktur som är likvärdig

och som kan kommunicera mellan vårdgivare och mellan landsting. I dagsläget använder sig landstingen av olika tekniska lösningar, vilket begränsar användningen över landstingsgränserna.

# Summary

The goal of the Inquiry is to propose ways of improving highly specialised care in terms of equality, access and quality assurance. Our proposal aims at enabling progress by means of greater coordination at the national level. This report presents new statistics demonstrating that hundreds of lives would be saved every year if the highly specialised care were more centralised.[1]

## Starting with the best interests of the patients in mind

Our Inquiry and proposals are based on the provisions of the Health and Medical Services Act to the effect that patients are entitled to top-quality highly specialised care regardless of where in the country they live.

If it had been up to patients, a much larger percentage of highly specialised care would already be consolidated at a smaller number of hospitals and units than is currently the case. Patients emphasise, however, that the entire chain of care must be taken into consideration. They feel that consolidation is essential if high-quality, safe and equal access to care is to be maintained throughout the system. Both questionnaires and meetings with patient representatives have made this clear.

We do not see any contradiction between adopting a system of national providers in the area of highly specialised care and coordinating the chain of care such that as many services as possible are provided either regionally or locally. The absence of a structure that assumes full responsibility for a patient's interactions with the healthcare system at all levels is the Achilles heel of the services available

[1] Sweden has a decentralised health care system with 21 independent county councils responsible for the services. The county councils collaborate within six health care regions.

in Sweden. Structuring highly specialised care at the national level can set the stage for putting together national programmes and standardised pathways for patients. Multiprofessional conferences, online diagnosis and treatment, and other telemedicine approaches are additional tools that should be used to a greater extent in order to simplify a patient's ongoing relationship with the healthcare system.

## Greater consolidation will boost quality and patient safety

Progress is slow, despite the general consensus about the benefits and necessity of more fully structuring highly specialised care at the national and regional levels. According to analyses performed by the Inquiry, there has been little consolidation of highly specialised care over the past 14 years. For example, 14.6 per cent of complicated operations in 2000 were performed at hospitals with a caseload of fewer than 20 per year. The 2013 figure was 13 per cent. In other words, not much has changed in terms of the number of hospitals that performed only a few such procedures.

Our perception is that the county councils are looking for persuasive arguments in favour of greater consolidation, as well as help in prioritising and moving in that direction. The Inquiry would like to state the following reasons that highly specialised care needs to be more clearly structured at the national and regional levels.

- Quality and safety improve when the number of patients increases per hospital and care provider. Both systematic reviews of the scientific literature and our analyses of data on the Swedish healthcare system point to that conclusion.
- Practice makes perfect, and both doctors and other professionals need to maintain their skills if patients are to experience the best possible outcomes. Only if hospitals and providers can treat larger numbers of patients than the current structure of the Swedish healthcare system permits, will such a state of affairs come about.
- Our statistical analyses indicate that at least 500 deaths could be avoided every year, the number of complications decrease and wait times reduced if there were an increase to at least 100 of a particular type of procedure at Swedish hospitals. Given that the

situation has been more or less static over the past decade, thousands of avoidable deaths have demonstrably occurred. For that reason, the Inquiry suggests that hospitals at least perform 50–100 procedures and that key professionals perform at least 30 procedures every year.

- The quality of clinical research will also improve when hospitals and care providers treat larger numbers of patients. A stimulating setting is dependent on a critical mass of healthcare professionals who are interested in research, as well as other skilled academicians and scientists – hospitals that perform fewer procedures do not always have access to that kind of expertise.

## Main proposal: A new national knowledge and decision-making structure is required

We are proposing a new knowledge and decision-making structure for highly specialised care at the national level. Such structuring would involve conscious sharing of responsibility among various hospitals and clinics for the various contributions to the care process.

The idea is for our proposal to replace the current National Specialised Medical Care (Rikssjukvården) system and the national structure for consolidate cancer care. The drafting and decision-making process for National Specialised Medical Care has been time-consuming and inefficient in relation to the number of approved authorisations. The lack of a comprehensive perspective has exacerbated this inefficiency. National coordination of cancer care has also turned out to be limited and relatively slow in the absence of a joint decision-making body for the county councils. From a management perspective, it is unfortunate that National Specialised Medical Care and coordination of cancer care have evolved along two separate tracks.

*Defining highly specialised care*

A key aspect of the new proposal is the definition of highly specialised care suggested by the Inquiry.

> Highly specialised care is complex or infrequent health care provided by county councils and requiring both a certain number of procedures and interdisciplinary expertise, as well as major investment or substantial expense, in order to maintain quality, patient safety and knowledge acquisition while ensuring that resources are used in an efficient manner. Highly specialised care can be broken down to the national and regional levels.

National highly specialised care is to be provided nationwide but not in each of the six healthcare region. Our estimates show that the national level of highly specialised care may include 4–5 per cent of all inpatient services.

Regional highly specialised care, which may include 10–15 per cent of inpatient services, is to be provided in each healthcare region but at a limited number of hospitals and units.

We have included the regional level in our definition based on the assessment that not only the most complicated health care would benefit from consolidation and the consequent coordination and management.

*Give the National Board of Health and Welfare responsibility for the knowledge and decision-making structure*

We propose that the National Board of Health and Welfare be assigned more specific responsibility for advocacy, coordination and decision-making when it comes to the type of services that need to be consolidated. Greater consolidation of highly specialised care requires a national body entrusted with coordinating and proactive decision-making authority.

Many of the representatives of county councils, hospitals, patients and healthcare professionals whom we met with during the course of the Inquiry share our analysis.

*Appoint a number of expert panels to analyse and propose the parameters of highly specialised care*

The initial analytical phase is decisive to the extent to which highly specialised care can be structured at the national and regional levels. Such data will concern the types of services that need to be consolidated. A systematic review of all specialised health care will set the stage for developing a comprehensive view of healthcare services. The result will be better coordination of care chains and more efficient use of professional and financial resources.

Representatives of patients and healthcare professionals are best positioned to identify the types of services that need to be consolidated. We propose the appointment of expert panels consisting of representatives of patients and healthcare professionals. During a specific period, they will review all specialised health care and determine the types of care that need to be consolidated at the national and regional levels. They will proceed from the above definition of highly specialised care.

*Allow the National Board of Health and Welfare to assume responsibility for national scope and monitoring while the county councils are in charge of regional allocation*

We propose that the National Board of Health and Welfare be assigned the responsibility of determining the types of services that are to be regarded as national highly specialised care. The Board will then be in charge of the ongoing consolidation process for national highly specialised care by inviting the county councils to apply for providing it.

The Board's Committee for National Highly Specialised Care will make the decision as to the hospitals that are authorised to provide national highly specialised care. The Committee will consist of representatives of the county councils.

The Board will turn the data collected by the expert panels concerning regional highly specialised care over to the county councils in the form of recommendations. The recommendations will discuss the numbers of procedures and the types of expertise that are required for the services that need to be consolidated in each healthcare region. The county councils will be responsible for structuring

highly specialised care at the regional level and the manner in which the recommendations are to be implemented both locally and regionally.

The Board will also be in charge of monitoring national and regional highly specialised care. One basic tool will be feedback and publication of quality data for highly specialised care on a joint website.

We suggest that our main proposal will be implemented by amending the Health and Medical Services Act, adopting a new ordinance concerning highly specialized care and amending the ordinance of instructions for the National Board of Health and Welfare, all of which should enter into force on 1 January 2018.

## Structuring of highly specialised care at the national and regional levels will improve services

Structuring of highly specialised care at the national and regional levels should not be regarded as an isolated measure but rather as integral to management by knowledge and a facilitator of redistribution of regions, county councils and other organisational structures.

The initial review of all specialised health care to be conducted by expert panels, will pave the way for providing better, safer and more cohesive services. The allocation of responsibility among providers and care levels will be more clear-cut and the data can form the basis of national care programmes.

Our definition of highly specialised care highlights the need for robust healthcare regions or larger and fewer organisations that can provide regional services. Greater consolidation of highly specialised care also creates incentive and potential to overhaul current structures at other care levels, emergency services in particular.

## Other proposals of the Inquiry

In addition to our main proposal of a new national knowledge and decision-making structure for highly specialised care, we have identified a number of measures that would simplify consolidation of these services and improve coordination of the chain of care available to a patient. Following are some of our proposals.

- *Fewer providers in terms of larger regions will facilitate structuring of highly specialised care at the regional level.* The current review committee is working on proposing redistribution of regions and county councils that can promote structuring of highly specialised health care at the regional level and enable organisations to provide these services on their own.
- *Quality data should be available to the general public.* Transparent presentation of the number of procedures that are being performed and medical quality data for highly specialised care should be quickly developed such that patients, other citizens and professionals have access to information about performance and efficiency. Data concerning the number of procedures or treatments provided per hospital or unit should always be presented. Information about the number of particular types of procedures that have been performed by each provider should be added to patient administration systems or quality registers. Heads of departments should have the ability to monitor results in the quality registers with respect to mortality and complications for all providers at the individual level.
- *Highly specialised care requires national pricing agreements.* The county councils should coordinate pricing for highly specialised care in order to ensure that consolidation works and benefits patients. The current payment systems and regional pricing agreements are meeting the needs of neither the purchasing nor billing county council and are obstructing the effort to structure highly specialised care and patient mobility across county councils such that they have less access to the best possible services.
- *An inquiry is needed concerning structuring of emergency services at the regional level.* A special inquiry is needed in order to review needs and propose ways of restructuring emergency services at the regional level. Highly specialised care must be structured such that emergency services can also be provided in a qualitative, safe and efficient manner. Greater consolidation of highly specialised care, particularly at the regional level, will impact emergency services as well. When individual hospitals no longer offer certain procedures due to structuring of highly specialised care at the national and regional levels, they will lose some of their expertise. Depending on the extent to which the services

offered by a local hospital change, it will be differently positioned to treat patients in its emergency room. It may be difficult to ensure quality emergency services if they are not taken into consideration when highly specialised care is structured at the regional level. Such a dynamic mechanism may pose an obstacle to greater consolidation of highly specialised care. The scientific literature makes it clear that emergency services also require a critical mass of patients if they are to be provided in a manner that guarantees safety, efficiency and high quality.

- *National standards and other requirements are needed in order to improve the kinds of technical solutions that support telemedicine tools*. Implementation of the electronic health committee's proposal for enforcing national standards and other requirements designed to improve technical communication solutions is also crucial. Telemedicine tools such as videoconferencing and online diagnosis and treatment will permit the provision of sophisticated care on a remote basis without requiring either the patient or team of specialists to travel while maintaining sufficient numbers of procedures. The full benefits of telemedicine cannot manifest in the absence of a fair and equitable technical infrastructure that enables communication among providers and among county councils. The county councils currently use various technical applications, which makes any attempt to communicate among themselves that much more difficult.

# 1 Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)[1]

*dels* att rubriken närmast före 9 a § ska ha följande lydelse,

*dels* att 9 a och 9 b §§ ska ha följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| ***Rikssjukvård*** | ***Högspecialiserad vård*** |
| | 9 a §[2] |
| *Med rikssjukvård avses* hälso- och sjukvård som bedrivs av *ett* landsting och som s*amordnas med landet som upptagningsområde.* | *Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande* hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som *kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås.* |
| | *Högspecialiserad vård indelas* |

[1] Lagen omtryckt 1992:567.
[2] Senaste lydelse 2006:325.

| | |
|---|---|
| | *i nationell respektive regional högspecialiserad vård.* |
| | *Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion.* |
| | *Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i varje sjukvårdsregion men på ett begränsat antal enheter.* |
| *Socialstyrelsen beslutar* vilken hälso- och sjukvård som *skall* utgöra *rikssjukvård.* | *Den myndighet som regeringen bestämmer får besluta om* vilken hälso- och sjukvård som *ska* utgöra *nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.* |
| *Rikssjukvården skall samordnas till enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.* | |
| 9 b §[3] | |
| För att få bedriva *rikssjukvård* krävs det tillstånd. Tillståndet *skall* vara *tidsbegränsat och* förenat med villkor. | För att få bedriva *nationell högspecialiserad vård* krävs det tillstånd. Tillståndet *ska* vara förenat med villkor. |
| *Socialstyrelsen beslutar*, efter ansökan från *det* landsting som avser att bedriva *rikssjukvård*, om tillstånd och villkor. | *Den myndighet som regeringen bestämmer får*, efter ansökan från landsting som avser att bedriva *nationell högspecialiserad vård*, *besluta* om tillstånd och villkor. |
| | *Myndigheten får återkalla ett tillstånd om villkoren för tillståndet inte är uppfyllda eller om förutsättningarna för tillståndet har ändrats. Tillstånd kan också återkallas på begäran av till-* |

[3] Senaste lydelse 2006:325.

| | |
|---|---|
| | *ståndshavaren.* |
| *Socialstyrelsens* beslut i ärenden om *rikssjukvård* enligt denna lag får inte överklagas. | *Myndighetens* beslut i ärenden om *nationell högspecialiserad vård* enligt denna lag får inte överklagas. |
| | *Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare förskrifter om nationell högspecialiserad vård, tillstånd och villkor för att bedriva sådan vård samt om återkallande av sådant tillstånd.* |

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.

2. Tillstånd som har beslutats enligt 9 b § i den äldre lydelsen ska, även om tiden för tillståndet har gått ut, fortsätta att gälla till dess att beslut enligt 9 b § andra stycket i den nya lydelsen har fattats.

## 1.2 Förslag till förordning om högspecialiserad vård

Härigenom föreskrivs följande.

**1 §** I denna förordning finns föreskrifter om sådan högspecialiserad vård som avses i 9 a och 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

**2 §** Socialstyrelsen beslutar om vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas i enlighet med 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Socialstyrelsen beslutar också om tillstånd och villkor för sådan vård samt om återkallelse av tillstånd i enlighet med 9 b § hälso- och sjukvårdslagen.

**3 §** Socialstyrelsen ska ta fram rekommendationer till landstingen om vilken hälso- och sjukvård som bör utgöra regional högspecialiserad vård enligt 9 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

**4 §** Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård samt om återkallelse av sådant tillstånd enligt 9 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2018.

## 1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

Härigenom föreskrivs ifråga om förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen

*dels* att 19 § ska ha följande lydelse,

*dels* att det ska införas tre nya paragrafer, 19 a och 19 b §§ samt 23 a §, av följande lydelse.

| *Nuvarande lydelse* | *Föreslagen lydelse* |
|---|---|
| | 19 § |
| Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns *Rikssjukvårdsnämnden*. Beslutsorganet ska fatta beslut om *rikssjukvård* enligt *9 a och* 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). | Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan som benämns *Nämnden för nationell högspecialiserad vård*. Beslutsorganet ska fatta beslut om *tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård* enligt 9 b § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), *samt om återkallelse av sådant tillstånd.* |
| Om Socialstyrelsen bestämmer det, får nämnden även fullgöra andra uppgifter. | |
| *Rikssjukvårdsnämnden* består av en ordförande samt *nio* andra ledamöter, *varav sex ska representera landstingen, en ska representera Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och en ska representera Vetenskapsrådet. Ordföranden i nämnden och ställföreträdaren för denne ska vara representanter från Socialstyrelsen.* | *Nämnden för nationell högspecialiserad vård* består av en ordförande samt *sex* andra ledamöter. |

*19 a §*

*Nämnden för nationell högspecialiserad vård ansvarar för sina beslut. Nämnden för nationell högspecialiserad vård ansvarar för sin verksamhet inför myndighetens ledning.*

*19 b §*

*Myndighetens ledning ansvarar inför regeringen för att Nämnden för nationell högspecialiserad vård tilldelas resurser för sin verksamhet samt för att verksamheten bedrivs författningsenligt och effektivt och redovisas på ett tillförlitligt sätt.*

*23 a §*

*Ledamöterna i Nämnden för nationell högspecialiserad vård utses av regeringen för en bestämd tid. De sex ledamöterna ska representera landstingen medan ordföranden i nämnden och ställföreträdaren för denne ska vara representanter från Socialstyrelsen.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2018.

# 2 Vårt uppdrag enligt direktiven och arbetets bedrivande

Den 10 april 2014 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna ett förslag till hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration. I augusti 2014 utsågs sakkunniga och experter med uppgift att bistå i utredningsarbetet. Med detta betänkande avslutar utredningen sitt arbete. Regeringens direktiv återfinns i sin helhet i bilaga 1.

## 2.1 Uppdraget

Vårt uppdrag tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagens (1982:763) portalparagraf om att målet för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.

Regeringen konstaterar att för att uppnå detta mål krävs bl.a. en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen, mellan olika vårdenheter lokalt, regionalt och nationellt. Nivåstrukturering av vården lyfts fram som en viktig metod för att åstadkomma ökad effektivitet och för att den samlade vården för en patient ska bli så god som möjligt. Samtidigt har Sverige ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem, vilket medför utmaningar för landets landsting, bl.a. när det gäller samverkan, att bära och utveckla spetskompetens och att investera i nya medicintekniska metoder.

I direktiven konstateras det att nivåstrukturering har kommit att bli extra viktigt för den högspecialiserade vården, eftersom det ställs särskilt höga krav på både kompetens och volym i den avancerade hälso- och sjukvården. Regeringen refererar bl.a. till en rapport från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) som visar att det finns ett evidensbaserat samband mellan vårdvolym och vårdens kvalitet. I direktiven konstateras det också att

dagens system för att koncentera den högspecialiserade vården, rikssjukvården vid Socialstyrelsen, sannolikt skulle kunnat koncentrera en större andel av vården än vad som hitintills har gjorts.

Mot denna bakgrund anger regeringen avslutningsvis att det finns behov av att se över hur den högspecialiserade vården kan koncentreras i högre grad än i dag i syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att uppnå ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Utredaren ska därför precisera innehållet och omfattningen av begreppet högspecialiserad vård och ge förslag på hur en process för en koncentration av den högspecialiserade vården kan se ut. Utredningen ska sträva efter ett brett samråd med huvudmännen inom hälso- och sjukvården, företrädare för de olika professionerna och berörda myndigheter och organisationer.

## 2.2 Arbetets bedrivande

Utredningens sekretariat påbörjade arbetet i augusti 2014. Sekretariatet förstärktes under våren 2015. Utredningen har sammanträtt med sin expert-/sakkunniggrupp vid totalt fem tillfällen. Vilka som varit förordnade som experter och sakkunniga i utredningen återfinns i bilaga 2.

Utredningens arbete har bedrivits under öppna former och information och uppfattningar från en rad aktörer inom området har inhämtats. Utredningen har bl.a. genomfört dialoger med samtliga sjukvårdsregioner där patienter, politiker, sjukhusledningar, professioner och akademin inbjudits att delta. En särskild hearing för patientföreträdare har också anordnats. Utredningen har även träffat nätverken för samtliga landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörer samt sjukvårdsdelegationen vid Sveriges kommuner och landsting. Utredningen har även träffat företrädare för universitetssjukhusen och rikssjukvården. Studiebesök i Danmark och i Norge har gjorts och underlag har inhämtats från England. Diskussioner med såväl myndigheter och organisationer samt enskilda personer med stor erfarenhet, centrala positioner och uppdrag inom vården har också bidragit till utredningens arbete.

Under arbetets gång har utredningen samrått med E-hälsokommittén (S 2013:17), Utredningen en nationell samordnare för effek-

tivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14), Utredningen om donations- och transplantationsfrågor (S 2013:04), Läkemedels- och apoteksutredningen (S 2011:07) och Indelningskommittén (Fi 2015:09). Sammantaget har utredningen fört dialog med närmare 1000 personer.

Utredningen har beställt ett antal kunskapsunderlag för sitt arbete. Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Karolinska institutet och enskilda experter har bidragit. För mer information om de enskilda kunskapsunderlagen, se kapitel 4.

# 3 Utgångspunkter för utredningens förslag

## 3.1 Intressentanalys

De förslag som utredningen lämnar får olika effekter för olika grupper i samhället. Patienter och allmänhet samt hälso- och sjukvårdspersonal och politiker berörs i olika omfattning av förslagen. Konsekvenserna kan också variera beroende på var man bor i Sverige. I detta avsnitt vill vi belysa tänkbara effekter.

*Patienterna* är den grupp som vi bedömer vinner mest på våra förslag. Det finns ett evidensbaserat samband mellan vårdvolym och vårdkvalitet, vilket vi visar i detta betänkande. En ökad vårdvolym får effekter i form av färre komplikationer och mindre lidande och ytterst färre undvikbara dödsfall. Generellt uppger patienterna att de tycker medicinska resultat och kontinuitet i vårdkontakterna är viktigare än andra aspekter som t.ex. geografisk närhet.[1] Kontinuitet och en sammanhållen vård är viktigt för alla patienter, men särskilt angeläget för exempelvis kroniskt sjuka personer med många kontakter med vården. Det är därför särskilt angeläget att vårdkedjan hålls ihop och att samordningen mellan den lokala ansvariga läkaren och specialisten fungerar, även om specialistvården bedrivs på annan ort.

*Allmänheten* eller medborgarna är en annan grupp som i vissa situationer kan påverkas av utredningens förslag. En del av dem är i vissa perioder patienter eller närstående till patienter. Många av dem har dock liten erfarenhet av och kunskap om hälso- och sjukvård. I Vårdbarometern, vars syfte är att fånga uppfattningar och kännedom om hälso- och sjukvården bland befolkningen i Sverige, framgår

[1] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Centralisering med patienten i centrum. Vårdanalys utvärdering av patientperspektivet i rikssjukvården. 2013:3. Stockholm: 2015.

det att cirka 82 procent av allmänheten är positiva till en viss koncentration av hälso- och sjukvården om kvaliteten förbättras.[2] Det finns dock många exempel på att allmänheten prioriterat närhet när de aktivt har protesterat mot förslag på nedläggningar av t.ex. förlossningskliniker eller mindre sjukhus. Även här kan risken att orten förlorar arbetstillfällen ha betydelse för vad man som medborgare tycker. Men allmänheten är också skattebetalare och i denna roll har de ett intresse av att resurserna i hälso- och sjukvården utnyttjas rationellt. De förslag som utredningen föreslår kommer enligt vår bedömning på sikt leda till en bättre och betydligt mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvård.

*Vårdpersonalen* har patienterna i fokus och har god kunskap om vad som är god vård och behandling för dem. Dialogerna som utredningen har haft med olika professionella grupper visar att de är väl medvetna om behovet av och i många fall förordar att den högspecialiserade vården koncentreras. De som arbetar lokalt på ett mindre sjukhus kan dock uppleva en målkonflikt då de förutom patienternas väl och ve, även har sin egen arbetssituation, försörjning och sin familjs livssituation att ta hänsyn till.

*Landstingspolitiker* har i många fall valt att arbeta politiskt för att förbättra samhället. De drivs av att vilja förbättra situationen för patienterna och medborgarna i sitt landsting. De är också medborgare och i vissa situationer under livet är de patienter. Landstingspolitiker har inte bara i uppdrag att bedriva hälso- och sjukvård utan har även andra verksamheter att ta hänsyn till. Detta kan skapa målkonflikter. Ansvaret för regional utveckling har accentuerats när flera landsting omvandlats till regioner. Ansvar för regional utveckling och arbetstillfällen i regionen kan stå i motsatsförhållande till vad som är bäst för patienterna. Politiker som långsiktigt vill förbättra samhället måste bli återvalda och allmänheten är då deras primära målgrupp.

Det finns således många angelägna mål för hälso- och sjukvårdens olika aktörer. Detta skapar målkonflikter där för- och nackdelar måste vägas mot varandra. Det uppdrag vi fått av regeringen har tydligt patienternas väl och ve i fokus. De analyser vi gjort och de förslag

[2] Sveriges kommuner och landsting. Befolkningsundersökning 2014. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Stockholm: 2015.

vi redovisar, bedömer vi kommer förbättra situationen för patienterna genom högre kvalitet i vården.

## 3.2 Patientens bästa är utgångspunkten

En ny patientlag (2014:821) är på plats, vars syfte är att stärka och tydliggöra patientens ställning i vården och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Detta är ett uttryck för den personcentrerade vården som under det senaste årtiondet allt mer blivit något som står högt på dagordningen inom hälso- och sjukvårdssektorn.

Patienten eller individen i centrum borde vara en självklarhet i all hälso- och sjukvård. Det är för patienterna vården är till och all vård och behandling som ges bör alltid, så långt det är möjligt, utgå ifrån patientens bästa. En personcentrerad vård ser människan som en partner och vården genomförs i samråd med patienten och med respekt för hans eller hennes självbestämmande och integritet. En delaktig patient kan i högre grad bidra till att målen med vården och behandlingen nås med gott resultat. Ohälsa och sjukdom påverkar sällan endast en individ utan även patientens sociala liv, varför vården behöver organiseras så att närstående och familjen bereds möjlighet att delta i vård och planering.

En rad insatser görs i dag för att vården ska bli mer personcentrerad, exempelvis involveras i allt högre grad patienterna i den egna vården på olika sätt, patientföreträdare involveras i arbeten med vårdprogram, patientrelaterade utfallsmått inkluderas i kvalitetsregister och patienternas möjlighet till valfrihet i vården ökar. Försök pågår också med att testa ersättningssystem som stödjer sammanhållna vårdkedjor etc.

Diskussionerna om vårt utredningsuppdrag tenderar att fastna i fördelar och nackdelar med koncentration, strukturer och system, det kommunala självstyret, tröskelvärden för sjukhus och läkare samt arbetsmiljöfrågor för professionerna. Mottagarna av hälso- och sjukvården, patienterna, glöms ofta bort.

Den främsta anledningen till att nivåstrukturera hälso- och sjukvården i stort och i detta fall den högspecialiserade vården, anser vi är för att göra hälso- och sjukvården bättre och säkrare för patienterna. Alla patienter, oberoende var man bor i landet, har rätt till en

god hälso- och sjukvård. Det är dock bara hälften av de svarande i Vårdbarometern som anser att hälso- och sjukvården ges på lika villkor. Bostadsort/geografi anges som en av de fyra främsta anledningarna till ojämlikheten i vården.[3] En ökad koncentration kan minska kvalitetsklyftorna mellan olika vårdgivare, både inom och mellan landsting.

Med detta vill vi säga att patientperspektivet är vår drivkraft och utgångspunkten för vårt utredningsarbete och våra förslag. En ökad koncentration av den högspecialiserade vården kan likställas med en strukturreform av hälso- och sjukvårdssektorn. En sådan strukturreform varken behöver eller får innebära försämringar för enskilda patienter, t.ex. genom en ökad fragmentering av vårdprocesserna eller en ojämlik tillgång till vården. Med hjälp av nivåstrukturering finns tvärtom förutsättningar att förbättra sådant som i dagsläget inte fungerar ändamålsenligt.

## 3.3 Vägledande principer

I arbetet har vi utgått ifrån följande principer för hur en nivåstrukturerad hälso- och sjukvård ska bedrivas med patienten i centrum.

*En jämlik tillgång till den högspecialiserade vården* måste säkras. Patientens bostadsort, ålder, utbildningsnivå, etnicitet etc. ska inte avgöra tillgången till den bästa vården. Om behandlingen ges på ett fåtal platser i landet, ska tillgången till den högspecialiserade vården vara densamma oberoende om patienten bor nära eller långt ifrån specialistsjukvården respektive har goda eller saknar förkunskaper om var den bästa vården utförs i landet.

*Diagnostik* ska ske med högsta möjliga kvalitet och snabbhet. Det kan både ske lokalt och med hjälp av en högspecialiserad diagnostisk enhet. Om möjligt ska patienterna diagnostiseras och undersökas nära hemmet. Det bör finnas diagnostiska centrum som kan hjälpa till med rådgivning och tolkning av provresultat. Det ska finnas krav på samverkan mellan den lokala vårdgivaren och den högspecialiserade enheten. Tekniskt stöd för utbyte av information i form av videokonferenser och andra telemedicinska verktyg bör finnas tillgäng-

[3] Sveriges kommuner och landsting. Befolkningsundersökning 2014. Vårdbarometern. Befolkningens attityder till kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården. Stockholm: 2015.

liga. Kvalitetssäkrade rutiner för provtagning och annan diagnostik måste finnas för att undvika dubbelarbete, både lokalt och vid den högspecialiserade enheten.

*Planerade (elektiva) åtgärder* måste göras där kompetensen är högst, oberoende av om patienten måste behandlas långt ifrån hemmet. Detta är ett krav som patienterna har rätt att ställa.

*Akuta åtgärder* måste kunna tillhandahållas inom medicinskt rimliga tider med hjälp av en välfungerande akutkedja inklusive ambulanssjukvård.

*Omvårdnad, rehabilitering, palliativ vård eller annan eftervård* bör så långt som möjligt ske nära hemmet alternativt i hemmet om inte andra skäl talar emot, t.ex. att patientsäkerheten är i fara.

*Kontinuitet och samordning* av vårdkedjan är avgörande för patientsäkerheten och för att en ökad koncentration av hälso- och sjukvården ska lyckas. Ett av huvudbudskapen i personcentrerad vård är att kontinuitet skapas på personnivå genom att det utvecklas ett partnerskap mellan behandlande yrkesutövare, exempelvis behandlande läkare och patient. Det är svårt att utveckla ett partnerskap med ett system eller en ansiktslös vårdgivare. Fast vårdkontakt och individuell vårdplan är verktyg i patientlagen som ska möjliggöra kontinuitet och samordning. Dessa verktyg bör användas i större utsträckning än vad de gör i dag.

*Helhetsperspektivet* måste beaktas. Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården kan och bör inte ske isolerat från övrig utveckling av hälso- och sjukvården. Nivåstruktureringen ska i stället ses som en del av kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvårdssektorn.

# 4 Utredningens arbetsmetoder

I kapitel 2.2 arbetets bedrivande, beskriver vi översiktligt hur vi har valt att lägga upp vårt arbete. Här följer en mer utförlig beskrivning av de olika delmomenten i arbetet.

### Expert-/sakkunniggrupp

Utredningen har haft en expert-/sakkunniggrupp med ledamöter förordnade av Regeringskansliet (Socialdepartementet). Ledamöterna utgjordes av företrädare för Socialdepartementet, Finansdepartementet, Utbildningsdepartementet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Sveriges kommuner och landsting (SKL), Svenska Läkaresällskapet, Svensk sjuksköterskeförening, Njurförbundet, Handikappförbunden, Västra götalandsregionen, Stockholms läns landsting, Karolinska institutet, Lunds universitet och Umeå universitet. Utredningen har sammanträtt med sin expert-/sakkunniggrupp vid totalt fem tillfällen (se även bilaga 2).

### Dialog med alla sjukvårdsregionerna

Under perioden december 2014 till april 2015 genomfördes dialogträffar med samtliga sex sjukvårdsregioner där vi träffade politiker, tjänstemän, sjukhusledningar och företrädare för professioner, akademin och patienter. Syftet med samtalen var att ta del av samtliga sjukvårdsregioners erfarenheter från nivåstrukturering och synpunkter på hur en optimal arbetsfördelning mellan olika enheter kan åstadkommas regionalt och nationellt där patientens bästa är i fokus. I dialogen presenterades, problematiserades och diskuterades våra förslag på definition av begreppet högspecialiserad vård och alternativa

beslutsprocesser för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Sammanlagt deltog cirka 280 personer i dialogerna.

Dialogerna arrangerades med hjälp av sjukvårdsregionerna som bl.a. var behjälpliga med att bjuda in till mötena. Av denna anledning varierade deltagandet något mellan de olika dialogerna. Samtliga perspektiv; politiker, tjänstemän, sjukhusledningar, professioner, akademin och patienter; fanns dock närvarande vid samtliga dialoger.

### Patienthearing

I januari 2015 träffade utredningen 13 företrädare för olika patientföreningar, vilka representerade Parkinsonförbundet, Handikappförbunden, Personskadeförbundet RTP, Afasiförbundet, Riksförbundet Sällsynta diagnoser, Reumatikerförbundet, Neuroförbundet, Mag- och tarmförbundet, Svenska Diabetesförbundet, Hjärnskadeförbundet Hjärnkraft, OCD-förbundet, Njurförbundet och Psoriasisförbundet. Inbjudan gick ut via Handikappförbundens centrala kansli till samtliga av förbundets medlemsföreningar.

Syftet med mötet var att diskutera patienters syn på behovet av en ökad koncentration av den högspecialiserade vården, för- och nackdelar för patienterna med en ökad koncentration och hur välfungerande vårdkedjor säkras.

I mars och i augusti 2015 träffade utredningen patientrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bestående av 16 ledamöter, med vilka behovet av en ökad koncentration och våra förslag diskuterades.

### Övriga möten

Utredningen har haft ett öppet och dialogorienterat arbetssätt och har träffat närmare 1000 personer under arbetets gång. Här har vi valt att redovisa exempel på vilka aktörer vi träffat och listan är därför inte komplett.

- Socialstyrelsen.
- Inspektionen för vård och omsorg.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

- Rikssjukvårdsnämnden vid Socialstyrelsen (RSN).
- Regionala tjänstemannagruppen och kontaktpersonerna vid universitetssjukhusen som är knutna till RSN.
- Sveriges kommuner och landsting (SKL).
- Nätverken för landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörer samt sjukvårdsdelegationen vid SKL.
- Pågående och tidigare utredningar med relevans för vårt uppdrag, bl.a. Utredningen en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14) och den tidigare utredningen om Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56) samt Indelningskommittén (Fi 2015:09).
- Sveriges Läkarförbund.
- Svenska Läkaresällskapet inklusive Svensk kirurgisk förening och Svensk förening för hematologi.
- Vårdförbundet.
- Flera patientföreningar via Handikappförbunden.
- Patientrådet vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.
- Ågrenska stiftelsen och den Nationella funktionen för sällsynta diagnoser.
- Inera.
- Företrädare för ett stort antal sjukhus av varierande storlek.

Utredningen har även deltagit i en rad konferenser och externa möten, bl.a. på ett symposium vid Medicinska riksstämman hösten 2014 och i en konferens om operationsplanering våren 2015 samt i Almedalen sommaren 2015. Under hösten 2015 har utredningen deltagit i konferenser och diskussioner om Framtidens sjukhus, Urologdagarna och med verksamhetschefer i kirurgi på länssjukhusen.

### Litteraturstudier av vetenskaplig litteratur

Utredningen har ställt frågor till upplysningstjänsten vid Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) om vad forskningen säger om ackreditering och sambanden mellan volym och patientutfall (se nedan). Utifrån detta material har utredningen gjort ytterligare litteraturstudier och egna analyser av sambanden mellan volym och utfall för patienterna.

### Statistik

I samarbete med Max Köster och Mats Fernström, Socialstyrelsen, har utredningen analyserat sambandet mellan sjukhusens årliga operationsvolymer och utfall i form av dödlighet inom 30 dagar. Patientregistret och dödsorsaksregistret har använts som källor och omfattar mer än en miljon operationer under perioden 2011–2013. En sådan omfattande analys har inte tidigare gjorts i Sverige. För en mer utförlig beskrivning av den statistiska metod som använts, se bilaga 3.

### Enkätundersökning

Utrednigen har gjort en enkätundersökning riktad till samtliga länsrespektive länsdelssjukhus. Frågorna syftade till att ta reda på i vilken utsträckning vissa komplicerade ingrepp utförs på dessa sjukhus eller om patienterna remitteras till högspecialiserade enheter men att eftervård sker lokalt.

### Uppdrag till externa aktörer

Utredningen har beställt ett antal kunskapsunderlag som bedömts nödvändiga för utredningens arbete. Följande underlag har beställts:

*Prismodeller och samverkan om den högspecialiserade regionvården.*

Uppdraget har genomförts av konsultbolaget Utvecklingspartner i Stockholm AB. Syftet med uppdraget var att kartlägga de sjukvårdsregionala och nationella processerna för samverkan och överenskommelser om priser och finansieringsmodeller avseende den högspecialiserade vården. I uppdraget ingick även att reflektera över hur nuvarande beredning- och beslutsprocesser samt ersättningsmodeller påverkar nuvarande och framtida nivåstrukturering av den högspecialiserade vården.[1]

*Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet*

Uppdraget har genomförts av Mats Brommels och Ulrika Vintmyr vid Medical Management Centrum, Karolinska institutet. Syftet med uppdraget var att systematiskt gå igenom vetenskapliga artiklar avseende sjukhusstorlekens betydelse för vårdens kvalitet, resultat, kostnader och effektivitet. I uppdraget ingick att gå igenom kunskapsläget för frågeställningen, analysera resultatet och om möjligt lyfta såväl fördelar som nackdelar med stora respektive små sjukhus.[2]

*Volym och resultat i sjukvården*

SBU:s upplysningstjänst har för utredningens räkning besvarat frågan ”finns ett samband mellan volym och resultat i sjukvården?”[3] Svaret baseras på genomgången av relevanta vetenskapliga artiklar.

[1] U-J Olson. Utvecklingspartner i Stockholm AB. Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården. PM framtaget för utredningen, Dnr S2014:11/2014/5.
[2] Karolinska Institutet. Medical Management Centrum. Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet. En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens. Stockholm: 2015.
[3] Statens beredning för medicinsk utvärdering. Volym och resultat i sjukvården. Stockholm: 2014. SBU:s Upplysningstjänst 2014-09-11.

*Ackreditering av sjukhus*

SBU:s upplysningstjänst har för utredningens räkning besvarat frågan ”avspeglar ackreditering av sjukhus högre vårdkvalitet?”[4]

Ackreditering av hälso- och sjukvård är vanligt i många länder men förekommer mycket begränsat i Sverige. Vi ville veta om det via den vetenskapliga litteraturen går att få svar på om ackreditering av sjukhus och kliniker innebär värdefull utvärdering av kvaliteten och leder till förbättringar av vården.

*Leder recertifiering av läkare till bättre vård för patienten?*

SBU:s upplysningstjänst har för utredningens räkning besvarat frågan ”leder recertifiering av läkare till bättre vård för patienten?”[5] Svaret baseras på en genomgång av relevanta vetenskapliga artiklar.

Recertifiering av läkare innebär en formaliserad omprövning av specialistbehörighet med bestämda tidsintervall. Huvudsyftet med recertifiering anses vara att säkra kvaliteten i vården genom att försäkra sig om kontinuerlig fortbildning och uppdatering av kunskaper och färdigheter hos läkarna.

*Beskrivning av simulering och klinisk träning i vården*

Uppdraget har genomförts av Italo Masiello och Anna Mattsson. Syftet med uppdraget var att beskriva vad simulering och klinisk träning innebär samt nyttan med simulering och klinisk träning. Vi ville dessutom veta omfattning av simulering och klinisk träning i Sverige och eventuellt internationellt.[6]

På många sjukhus i Sverige finns utbildnings- och träningscentrum där man arbetar med medicinsk simulering och praktisk utbildning för såväl personal som vårdteam, vilket är ett sätt att ge personal tillräckligt med kontinuerlig praktisk träning utan att utsätta patienterna för onödiga risker.

[4] Statens beredning för medicinsk utvärdering. Ackreditering av sjukhus. Stockholm: 2014. SBU:s Upplysningstjänst 2014-10-17.
[5] Statens beredning för medicinsk utvärdering. Leder recertifiering av läkare till bättre vård för patienten. Stockholm: 2014. SBU:s Upplysningstjänst 2015-03-06.
[6] Masiello I, Mattsson A. Simulering och klinisk träning. Stockholm, 2015. Underlag framtaget för utredningen, Dnr S2014:11/2015/3.

# 5 Reformer och tidigare eller pågående utredningar på området

Formerna för hur den högspecialiserade vården har planerats och tillhandahållits har varierat över tid. Flera utredningar har haft till uppgift att utreda hur den högspecialiserade vården kan samordnas och koncentreras i större omfattning. Olika former för samordning har prövats, allt ifrån en mer frivillig lokal och regional samordning till nationell samordning och styrning med lagstöd. Men det är svårt att gå från ord till handling, trots en konsensus om det positiva sambandet mellan ökade patientvolymer och medicinska resultat samt behovet av ett mer effektivt utnyttjande av personella och ekonomiska resurser inom hälso- och sjukvården.

Historien visar på denna skillnad mellan retoriskt och faktiskt handlande, vilket i sin tur har lett till en oförmåga till förändring.

## 5.1 Regionsjukvårdens framväxt

### Regionsjukvårdsutredningarna

1956 tillsatte regeringen den så kallade Regionvårdsutredningen, vilken hade som främsta syfte att klarlägga behovet av vårdplatser och hur ansvaret för vården skulle fördelas mellan landstingen och regionsjukhusen. Huvudmålet var att skapa en bättre planering av den specialiserade vården.

I betänkandet föreslog utredaren sex sjukvårdsregioner. Undervisningssjukhusen och sedermera universitetssjukhusen skulle utgöra regionsjukhus och samarbetet mellan regionerna skulle vila på fri-

villig grund.[1] Regeringen tillstyrkte i huvudsak regionutredningens förslag i proposition 1960:159 med förslag till riktlinjer för regionsjukvårdens utbyggande, men föreslog sju sjukvårdsregioner i stället för sex; Lund-/Malmöregionen, Linköpingsregionen, Göteborgsregionen, Örebroregionen, Stockholmsregionen, Uppsalaregionen och Umeåregionen. Samarbetet inom och mellan sjukvårdsregionerna vilade på frivillig grund. Utomlänsavtal angav ersättningsgrunderna och allmänna bestämmelser för remissförfarande inom respektive sjukvårdsregion. En central regionsjukvårdsnämnd inrättades och hade en samordnande roll mellan sjukvårdsregionerna för bl.a. den del av sjukvården som var att betrakta som mest specialiserad.

1974 tillsatte regeringen återigen en Regionsjukvårdsutredning.[2] Upprinnelsen till utredningen var bl.a. bristande patientunderlag i Umeåregionen. Syftet var därför att återigen se över organiseringen av regionsjukvården.

I betänkandet föreslog man sex sjukvårdsregioner med utgångspunkten att respektive region borde ha omkring 1,5 miljoner invånare. I betänkandet konstaterade man att ”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”.[3]

Regionala samverkansnämnder skulle ha till uppgift att samplanera sådan sjukvård som inte lämpade sig för alla sjukvårdsområden samt samarbeta kring områden med lösligare anknytning till själva vården så som medicinsk service, rådgivning, konsultationer, utarbetande av gemensamma vårdprogram m.m. Utredningen underströk vikten av att undvika överetablering av vissa specialiteter så som brännskadevård, barnkirurgi och transplantationskirurgi. Utredningen föreslog vidare att skyldigheten att samverka skulle regleras i sjukvårdslagen, vilket skulle gynna en kontinuerlig samverkan i planeringen mellan ingående landsting. Utredningen berörde även den regionövergripande planeringen och avstämningen med staten.

[1] SOU 1958:26, Regionsjukvården – Riksplan för samarbete inom specialiserad sjukhusvård av särskild tillkallad utredningsman.
[2] S 1974:07, Regionsjukvårdsutredningen.
[3] SOU 1978:70, Regionsjukvården, s. 16.

I regeringens proposition 1980/81:9 om regionsjukvården tillstyrkte regeringen i allt väsentligt utredningens förslag.

## Planering av den högspecialiserade vården under 1980- och 1990-talet

Förslagen i den andra regionsjukvårdsutredningen kom att ligga till grund för hanteringen av den mest högspecialiserade vården under 1980-talet. Målet för planeringen av den högspecialiserade vården var hög medicinsk säkerhet och kvalitet, vård på lika villkor för alla i hela landet och rationell drift och god ekonomi.

Genom det så kallade rikssjukvårdsavtalet RIA, som trädde i kraft 1984, skapades instrument för planering, köp och försäljning av den mest specialiserade delen av hälso- och sjukvården över regiongränserna.

Den så kallade förteckningen R fastställdes av Landstingsförbundets styrelse och utgjorde en bilaga till rikssjukvårdsavtalet. Syftet var att reglera vilken högspecialiserad sjukvård som var av så begränsad omfattning att resurser inte kunde dimensioneras utifrån ett enskilt landstings behov eller för en enskild region och därför bara skulle bedrivas på ett fåtal enheter.

Den första mer genomarbetade R-listan utarbetades under mitten av 1980-talet och förteckningen fastställdes i dialog med sjukvårdshuvudmännen och blev därefter bindande. Socialstyrelsen ansvarade för de medicinskt präglade bedömningarna och beslutsunderlag rörande behov, kvalitet, säkerhet, kompetenskrav m.m. Landstingsförbundet stod för de ekonomiska, administrativa och organisatoriska bedömningarna.

För de verksamheter som fanns med i förteckningen var hela landet upptagningsområde och om verksamheten bedrevs vid mer än ett sjukhus stod det den remitterande kliniken fritt att välja vilket av dessa sjukhus som patienten skulle remitteras till. Det skapades även ett avtal om flerregional sjukvård som enskilda landsting kunde ingå med varandra efter särskild rekommendation från Landstingsförbundets styrelse.

Systemet med Rikssjukvårdsavtal och R-lista avvecklades efter en utvärdering under tidigt 1990-tal. Riksplaneringen hade kantats av motsättningar mellan huvudmännen. Uppfattningarna gick kraftigt

isär om vad som borde vara så kallad rikssjukvård och överträdelserna mot fattade beslut och rekommendationer var många.

I stället infördes ett fritt köp- och säljsystem där huvudmännen själva fick avgöra eventuell etablering av rikssjukvård. Tanken var att införa ett marknadstänk där kvalitet och kostnad skulle styra och skapa ett effektivt och avreglerat system.

Som grund för sjukvårdshuvudmännens beslut om köp av hälso- och sjukvård tog Socialstyrelsen fram en Vårdkatalog som var en sammanställning av sjukvårdshuvudmännens uppgifter om de specialiserade verksamheter som hade ett upptagningsområde från mer än två sjukvårdsregioner utöver den egna. Patientvolymer, behov av särskild kompetens och om behov av särskild teknisk infrastruktur låg till grund för Socialstyrelsens bedömning av vilka verksamheter av rikskaraktär som skulle finnas med i Vårdkatalogen. Katalogen omfattade 74 verksamheter som ansågs vara rikssjukvård. I syfte att värna om patientsäkerheten skulle Socialstyrelsen utveckla ett system för information, uppföljning och utvärdering. Systemet skulle även innehålla kvalitativa analyser och jämföra kostnader.[4]

### En översyn av den högspecialiserade vården och framväxten av dagens system med rikssjukvård

2002 tillsatte regeringen ytterligare en utredning i syfte att analysera förutsättningarna, utmaningarna och framgångsfaktorerna för att utveckla den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen.[5] Utredningen bedrevs i projektform på Socialdepartementet. Förslagen presenterades i Departementspromemorian Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.[6]

I promemorian togs det avstånd från det marknadstänk som gällde för styrningen av den högspecialiserade vården och det förordades i stället en starkare och mer distinkt samordning på nationell nivå. Det konstaterades att det dåvarande systemet med Vårdkatalogen skulle fungerat bättre om den kombinerats med underlag som gett

[4] Regeringens proposition 2005/06:73, Nationell samordning av rikssjukvården; Departementspromemoria 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.
[5] Regeringen. Protokoll 50 c vid regeringssammanträde 2002-05-02, S2002/3794/HS.
[6] Departementspromemoria, 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.

förutsättningar för pris- och kvalitetsjämförelser så som tanken var från början.

I promemorian definierades högspecialiserad vård som sjukvård som kräver samordning på antingen regional (regionsjukvård) eller nationell nivå (rikssjukvård).

Socialstyrelsen föreslogs få en central roll och ansvar för rikssjukvården där myndigheten både skulle identifiera vad som skulle anses vara sjukvård av rikskaraktär och fatta beslut om vilka sjukhus som skulle få tillstånd att bedriva rikssjukvård. Socialstyrelsen skulle utgå från volym, särskilda investeringsbehov och kompetenskrav. En nämnd, den så kallade rikssjukvårdsnämnden, bestående av representanter från sjukvårdsregionerna skulle få en rådgivande roll. Det föreslogs även att Socialstyrelsen skulle få utkräva vite från de sjukhus som inte följde tillståndsbesluten och fortsatte bedriva rikssjukvård utan tillstånd.

För regionsjukvårdsnivån föreslog utredningen att det regionala samarbetet skulle förstärkas genom att samverkan i respektive sjukvårdsregion skulle ske i en gemensam nämnd, bolag eller kommunalförbund. För att kunna identifiera olika vårdnivåer och roller inom olika specialiteter föreslog man dessutom att regionala vårdprogram skulle utarbetas.

I regeringens proposition 2005/06:73 – Nationell samordning av rikssjukvården, konstaterades att det dåvarande systemet för att samordna rikssjukvården saknade förutsägbara och transparenta beslutsprocesser och skapade därmed en osäkerhet för både patienter och vårdgivare. Det saknades en nationell instans som kunde samordna hur den högspecialiserade vården skulle kunna garanteras till alla patienter på ett patientsäkert- och resurseffektivt sätt. De vårdgivare som bedrev högspecialiserad vård kunde inte försäkra sig om ett tillräckligt patientunderlag.

I propositionen lades grunden till dagens system med rikssjukvård vid Socialstyrelsen. Regeringen föreslog en lagreglerad definition av begreppet rikssjukvård samt inrättandet av rikssjukvårdsnämnden vid Socialstyrelsen. Nämnden gavs beslutsbefogenhet till skillnad från vad som föreslogs av utredningen. För att bedriva rikssjukvård skulle det krävas särskilt tillstånd från Socialstyrelsen. Myndigheten gavs inga möjligheter att utkräva viten från enskilda vårdgivare om de bedrev rikssjukvård utan tillstånd. Styrningen av regionsjukvården gavs inget särskilt utrymme i propositionen (se även kapitel 7.3).

## 5.2 Ansvarskommittén

Regeringen beslutade i januari 2003 att tillkalla en parlamentarisk kommitté med uppdrag att se över strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen.[7] I tilläggsdirektiv som beslutades i juni 2004 fick kommittén bl.a. i uppdrag att analysera och bedöma hur strukturen och uppgiftsfördelningen mellan stat, landsting och kommuner påverkar förutsättningarna för att styra hälso- och sjukvården.[8] Kommittén fick också föreslå förändringar av befintlig struktur och uppgiftsfördelning för att förbättra styrningen och därigenom skapa bästa möjliga förutsättningar för att utveckla vårdens kvalitet, tillgänglighet och effektivitet.

Ansvarskommitténs slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft lämnades i februari 2007 och innehåller en mängd olika förslag. Det som kanske är av störst relevans för vår utredning är förslaget om att landstingens uppgifter inom hälso- och sjukvården skulle övertas av väsentligt färre och mer jämnstora regionkommuner.[9]

Förslaget om en regionkommunreform utgick ifrån att många och relativt små landsting har svårt att samla den kritiska massa som krävs för att bl.a. göra effektiva investeringar inom sjukvården för att kunna bedriva forskning och vård av hög kvalitet och för att kunna svara för kompetensförsörjningen i största allmänhet. Sammantaget bedömde Ansvarskommittén att större regionkommuner skulle skapa bättre förutsättningar för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård och därmed öka jämlikheten i vården. Kommittén valde att inte ge konkreta förslag på hur många regionkommuner som borde bildas eller hur kartan borde ritas.

## 5.3 En nationell cancerstrategi för framtiden

I juli 2007 beslutade regeringen att tillsätta en utredning med uppgift att lämna förslag till en nationell cancerstrategi.[10] I februari 2009 redovisade utredningen betänkandet ”En nationell cancerstrategi för

[7] Dir 2003:10, Översyn av strukturen och uppgiftsfördelningen inom samhällsorganisationen.
[8] Dir. 2003:93, Tilläggsdirektiv till Ansvarskommittén.
[9] SOU 2007:10, Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.
[10] Dir. 2007:110, En nationell cancerstrategi för framtiden.

framtiden".[11] Strategin innehöll en mängd förslag, men störst relevans för utvecklingen av den högspecialiserade vården och därmed för vår utredning var förslaget om bildandet av så kallade regionala cancercentrum (RCC). De regionala centrumbildningarna skulle främja kunskapsöverföringen mellan forskning och vård och präglas av ett multidisciplinärt omhändertagande genom hela vårdprocessen. Centrumbildningarna skulle förläggas på universitetssjukhusen och vara tydligt kopplat till universitetets samlade resurser för forskning och utveckling och ha ett informations- och utbildningsansvar gentemot länssjukvård och primärvård inom sjukvårdsregionen. Det skulle dessutom tas fram en plan avseende nivåstruktureringen av cancervården på sjukvårdsregionnivå i syfte att klargöra rollfördelningen mellan olika aktörer och optimera resursutnyttjandet. Utredningen konstaterade att det behövdes en tydligare nivåstrukturering inom cancervården genom en ökad koncentration i syfte att förbättra vårdkvaliteten, förbättra vårdresultaten och nyttja resurserna mer effektivt.

De regionala cancercentrumen skulle bl.a. utveckla strategier för prevention, planering och uppföljning av regionala screeningprogram, utveckla effektiva vårdprocesser, medverka i framtagande av nationella riktlinjer och vårdprogram, utgöra ett nav för cancerforskning och ansvara för fortbildning av personal.

Betänkandet resulterade bl.a. i etableringen av sex regionala cancercentrum, ett i varje sjukvårdsregion, och en process för regional och nationell nivåstrukturering av cancervården. Se vidare kapitel 7.4.

## 5.4 En ändamålsenlig informationshantering inom hälso- och sjukvården

I december 2011 tillsatte regeringen utredningen Rätt information i vård och omsorg för att lämna förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.[12]

Vidare tillsatte regeringen i december 2013 E-hälsokommittén i syfte att se över ändamålsenlighet och ansvarsfördelning när det gäller

[11] SOU 2009:11, En nationell cancerstrategi för framtiden.
[12] Dir. 2011:111, Förbättrad tillgång till personuppgifter inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten m.m.

tillhandahållande och utformning av it-stöd för personal, vård- och omsorgsgivare och andra aktörer inom hälso- och sjukvård och socialtjänst.[13]

I slutbetänkandet av utredningen om rätt information i vård och omsorg konstaterar utredningen att behoven av att kunna utbyta information kommer öka när patienter i allt större utsträckning rör sig över landstingsgränser och mellan offentlig och privat vård. En effektiv och ändamålsenlig informationshantering är därför en av grundförutsättningarna för en jämlik vård och omsorg av hög kvalitet i hela landet. Utredningen föreslår en ny hälso- och sjukvårdsdatalag som ska ersätta dagens patientdatalag. Bl.a. föreslår utredningen att det ska bli tillåtet för offentligfinansierade vårdgivare inom en huvudmans ansvarsområde att utbyta uppgifter om en patient med hjälp av direktåtkomst med stöd av samma regler, oavsett om verksamheten drivs i offentlig eller privat regi. Utredningen föreslår även att vårdgivare ska få förbättrade möjligheter att använda nationella eller regionala kvalitetsregister för att kvalitetssäkra den hälso- och sjukvård som patienten erbjuds och som kanske utförs av flera vårdgivare.[14]

E-hälsokommittén konstaterar att de brister som finns i IT-stöden påverkar kvalitetsutvecklingen av verksamheterna och ytterst riskeras patientsäkerheten. Behovet av ytterligare nationell samordning och styrning lyfts fram av E-hälsokommittén. Ett nytt beslutsorgan, samverkansnämnden, vid e-Hälsomyndigheten föreslås i syfte att kunna besluta om tillämpningar av standarder och andra krav på teknisk och semantisk infrastruktur inom hälso- och sjukvården för bl.a. telemedicinska verktyg. I nuläget finns ingen samordnande kraft med normeringsmöjligheter på området.[15]

## 5.5 Socialstyrelsens traumautredning

Regeringen gav 2013 Socialstyrelsen i uppdrag att utarbeta ett planeringsunderlag för traumavård inom hälso- och sjukvården. Uppdraget gavs mot bakgrund av de allvarliga händelser som inträffade i Norge sommaren 2011, bombattentatet i Oslo och skjutningarna

[13] Dir. 2013:125, Tillgänglig och säker information i hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[14] SOU 2014:23, Rätt information på rätt plats i rätt tid.
[15] SOU 2015:32, Nästa fas i e-hälsoarbetet.

på Utöya. Planeringsunderlaget ska stödja landstingens arbete med att upprätta planer för traumavården och en beredskap för att kunna omhänderta ett större antal svårt skadade vid en allvarlig händelse i Sverige. Socialstyrelsen skulle även beskriva strategiska vägval bland annat för att kunna möta framtida krav på medicinsk kompetens.[16]

Socialstyrelsen konstarerar i den rapport som remitterades under sommaren 2015[17] att en väl utvecklad samordning av traumavården i vardagen och vid en allvarlig händelse är nödvändig. Myndigheten anser att det finns skäl att överväga om nivåstrukturering skulle kunna tillämpas även inom traumavården. Socialstyrelsen föreslår i rapporten hur en sådan nivåstrukturering av traumavården skulle kunna gå till genom nätverk med prehospital vård med väg- och luftburen ambulanssjukvård, traumaenheter och traumacentrum.

Den prehospitala vården lyfts fram som en viktig del av akutvården. Ökad nationell samordning genom inrättandet av ett nationellt ambulanshelikopternät föreslås av myndigheten. Myndigheten anser även att förutsättningarna för ett ökat samarbete mellan hälso- och sjukvården och Försvarsmakten, Sjöfartsverket och Polismyndigheten bör utredas för att kunna utnyttja befintliga flygresurser bättre och öka kapaciteten för att omhänderta svårt sjuka patienter.

Traumaenheterna skulle förläggas till sjukhus med akutkirurgisk verksamhet för att stabiliserande traumavård och intensivvård ska kunna erbjudas. Nivån skulle vara regional och främst ha sjukvårdsregionen som upptagningsområde.

Traumacentrumen skulle förläggas till sjukhus med multidisciplinärt utbud motsvarande universitetssjukhus för att definitiv traumavård ska kunna erbjudas. Nivån skulle vara nationell, vilket innebär att kapacitet ska finnas för att handlägga patienter remitterade från andra sjukvårdsregioner än den egna. Centrumen bör i nationell samverkan ha ansvar för forskning och utveckling på området.

I ett nivåindelat traumasystem ser Socialstyrelsen det som naturligt att traumanätverken samverkar i bl.a. utbildnings- och forskningsfrågor. Ett nationellt kompetenscentrum för traumavård bör inrättas i syfte att säkerställa gemensamma krav, riktlinjer, vårdprogram och

[16] S2013/3285/FS, Uppdrag att utarbeta ett planeringsunderlag för traumavård.
[17] Socialstyrelsen. Remiss inför Socialstyrelsens rapport om traumavård vid allvarlig händelse, Socialstyrelsen, juli 2015. Stockholm: 2015.

kvalitetsmått för att säkerställa ett jämlikt traumaomhändertagande i hela landet.

## 5.6 Indelningskommittén

I juli 2015 tillsatte regeringen en kommitté som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning med väsentligt färre län och landsting än dagens 21.[18] Uppdraget gavs bl.a. i ljuset av Ansvarskommitténs bedömning av behovet av färre och större regionkommuner (se ovan). I kommittédirektiven anges det att arbetet ska utgå ifrån befintliga kommungränser och gränserna för de s.k. arbetsmarknadsregionerna eller funktionella regionerna. Syftet är att skapa en ändamålsenlig indelning och effektiva organisationer och verksamheter som är anpassade till dagens demografiska och näringsgeografiska förhållanden och medborgarnas behov av hälso- och sjukvård, utbildning och transporter.

I uppdraget omnämns hälso- och sjukvården som en sektor som är i behov av färre och större huvudmän. Hälso- och sjukvården står inför stora utmaningar med den demografiska utvecklingen och en intensiv kunskaps- och teknikutveckling. Regeringen konstaterar att flera landsting i dag saknar tillräckligt befolkningsunderlag och resurser för att kunna göra effektiva investeringar och för att kunna bära, utveckla och rekrytera spetskompetens och kunna ta emot och omsätta ny kunskap. Detta menar regeringen försvårar möjligheten att tillgodose hela befolkningen tillgång till likvärdig vård av god kvalitet.

I uppdraget ingår det inte att föreslå någon förändring av ansvarsfördelningen mellan den statliga och den kommunala nivån, med undantag för det regionala utvecklingsansvaret.

Kommitténs förslag ska vara utformat så att det kan träda ikraft senast den 1 januari 2023. Om en eller flera indelningsändringar kan träda ikraft den 1 januari 2019, ska kommittén lämna ett delbetänkande senast den 30 juni 2016. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2017.

[18] Dir. 2015:77, Kommittén om ny indelning av län och landsting.

# 6 Svensk hälso- och sjukvård – organisation och utmaningar

Det här kapitlet syftar till att ge en kort introduktion till de grundläggande strukturer och utmaningar i svensk hälso- och sjukvård som vi bedömt har särskild betydelse för vårt uppdrag och våra förslag.

## 6.1 Hälso- och sjukvårdens organisation

Den svenska hälso- och sjukvården karaktäriseras av en stark decentralisering. Hälso- och sjukvårdssystemet är format av regering och riksdag och är därmed ett sammanhållet nationellt system, men ansvaret för att finansiera och tillhandahålla hälso- och sjukvård ligger på de 21 sjukvårdshuvudmännen och i viss mån även på de 290 kommunerna. Den svenska modellen innebär att i princip all hälso- och sjukvård som ges i landet är offentligt finansierad, antingen av landsting eller av kommuner. Detta gäller oavsett om det sedan är landstinget, kommunen eller en privat vårdgivare som bedriver själva hälso- och sjukvårdsverksamheten. Den rent privata hälso- och sjukvården, dvs. sådan hälso- och sjukvård som inte finansieras med offentliga medel, är visserligen på framväxt men utgör fortfarande en mycket begränsad del av den totala hälso- och sjukvårdsproduktionen.

Med hälso- och sjukvård avses enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Begreppet hälso- och sjukvård omfattar därmed såväl de sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande åtgärderna som diagnostik, vård och behandling. För tandvården finns särskilda bestämmelser.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet.[1]

## Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvården, men har olika förutsättningar

Sverige är till ytan ett vidsträckt land med relativt få invånare. I förhållande till befolkningsunderlaget är landstingen relativt många till antalet. Den geografiska ytan och befolkningsunderlaget varierar därmed kraftigt mellan respektive landsting. Skillnaderna i befolkningsunderlag förstärks av den demografiska utvecklingen med en befolkning som lever allt längre. Trots att antalet friska levnadsår ökar, ökar ändå vårdbehoven med åldern eftersom allt fler lever allt längre med sina kroniska sjukdomar.[2] Detta får till konsekvens att en stor del av hälso- och sjukvårdens resurser i dag riktas till patienter med kroniska sjukdomar.[3]

Andelen personer i arbetsför ålder ökar dock inte i samma takt som andelen äldre personer. Den höga urbaniseringstakten i Sverige medför att yngre i högre grad flyttar till städerna och äldre med större vårdbehov stannar kvar på landsbygden, vilket i sin tur innebär att skattekraften minskar i glesbygder och fördelas ojämnt över landet. Såväl befolkningsunderlaget som de demografiska och geografiska förutsättningarna mellan landstingen påverkar hur hälso- och sjukvården är organiserad.

Landstingen har, liksom kommunerna, ett långtgående självstyre, vilket innebär att de kan anpassa sin verksamhet till de lokala och regionala förutsättningarna. Den svenska modellen med en decentraliserad styrning av hälso- och sjukvården ställer stora krav på huvudmännen att organisera, styra och följa upp hälso- och sjukvården så att den befolkning de är ansvariga för erbjuds en god och likvärdig vård av hög kvalitet och med hög resurseffektivitet.

---

[1] 2 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[2] Rosén M, Haglund B. From healty survivors to sick survivors – implications for the twenty-first century. Scard J Public Health 2005;33:151-5.
[3] Sveriges kommuner och landsting. Om kommunernas och landstingens ekonomi, Ekonomirapporten, april 2015; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. VIP i vården – om utmaningar i vården av personer med kronisk sjukdom, Stockholm: 2014.

Det finns tre nivåer i den svenska sjukhusvården; det mindre länsdelssjukhuset som har ett begränsat uppdrag och därför inte kan utföra all specialiserad vård, länssjukhuset som har kompetens och medicinsk utrustning som täcker i princip alla sjukdomsområden och universitetssjukhusen som ska kunna behandla även det mer sällsynta och komplicerade. Det finns inga exakta och gemensamma uppdragsbeskrivningar över vad ett länsdels-, läns eller region/universitetssjukhus uppdrag är. I stället avgör respektive landsting själva hur de ska styra och organisara vården.

Den högspecialiserade vården utgör en begränsad del av det totala vårdutbudet och kännetecknas av att den är komplex och ibland sällan förekommande. Den högspecialiserade vården utförs i huvudsak på läns- och universitetssjukhusen.

## Sex sjukvårdsregioner

Enligt 9 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) får regeringen föreskriva om regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Bestämmelsen anger också att landstingen ska samverka i frågor som rör sådan landstingsövergripande hälso- och sjukvård. Regeringen har föreskrivit om sådana regioner genom förordning (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner, där landet har delats in i sex sjukvårdsregioner; Södra, Sydöstra, Västra, Stockholm-Gotland, Uppsala-Örebro och Norra. I varje sjukvårdsregion finns en samverkansnämnd vars uppgift bl.a. är att inom regionen samordna den högspecialiserade vården.

Sjukvårdsregionerna är administrativa enheter i syfte att möjliggöra samverkan kring regionsjukvård och övergripande kunskapsstyrningsfrågor mellan de landsting som ingår i respektive sjukvårdsregion. Sjukvårdsregionernas mandat regleras i ovan angivna lag och förordning och dess existens härstammar från regionsjukvårdsutredningarna på 1950- och 1970-talet (se kapitel 5).

Befolkningsunderlagen i de sex sjukvårdsregionerna varierar kraftigt, alltifrån cirka 2,2 miljoner invånare i region Stockholm-Gotland till cirka 880 000 invånare i Norra regionen.

Samverkansnämnden är det huvudsakliga forumet för samverkan i sjukvårdsregionerna. Samverkansnämnderna består av politiker från aktuella sjukvårdshuvudmän, vilka fattar rådgivande beslut. Besluten

fastställs därefter i vart och ett av de ingående landstingen. Samverkansnämnderna som från början var en relativt homogen funktion, ser i dag mer olika ut vad gäller utformning och ansvar.

I Norra och Sydöstra sjukvårdsregionen har exempelvis de ingående landstingen valt att utveckla samverkansnämnden och skapa en plattform med ett tydligare beslutsmandat. I Norra regionen har samverkansnämnden omvandlats till ett regionförbund som är ett kommunalförbund med de ingående landstingen som medlemmar. Regionförbundet avtalar bl.a. om riks- och regionsjukvård inklusive arbetet med att samordna cancervården och de s.k. ALF-medlen.[4] I Sydöstra sjukvårdsregionen har en regionsjukvårdsnämnd inrättats med placering i Östergötlands läns landstings linjeorganisation och med representation från de ingående landstingen.

Särskilda avtal reglerar ansvar och uppgifter för samverkans- och regionsjukvårdsnämnder samt regionförbund. De huvudsakliga delarna är regionsjukvård eller utomlänsvård som det också kallas, forskning, utveckling och utbildning, regionala medicinska råd eller motsvarande samt solidariskt finanseriade verksamheter t.ex. regionala cancercentrum, likartade villkor för medborgarna bl.a. avseende remisser till specialiserad vård och övrigt som innebär att landstingen i sjukvårdsregionen kan uppnå gemensamma fördelar. I avtalen anges även att universitetssjukhusen ska ses som en gemensam regional angelägenhet och att en grundläggande uppgift för sjukvårdsregionen är att komma överens om prislistan för regionsjukvården.[5]

## Huvudmannens storlek påverkar möjligheten att bedriva en kunskapsstyrd vård

Sammanfattningsvis kan vi konstatera att förutsättningarna att bedriva en god och effektiv hälso- och sjukvård varierar mellan dagens 21 sjukvårdshuvudmän. Vi instämmer i den analys som görs av Ansvarskommittén[6] och av regeringen i uppdraget till Indelnings-

[4] ALF står för avtal mellan svenska staten och vissa landsting om samarbete om grundutbildning av läkare, medicinsk forskning och utveckling av hälso- och sjukvården. I avtalet upptas system för ersättning för landstingens åtagande att medverka i läkarutbildning och kliniskt inriktad medicinsk forskning, den så kallade ALF-ersättningen.
[5] U-J Olson. Utvecklingspartner i Stockholm AB. Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården. PM framtaget för utredningen, Dnr S2014:11/2014/5.
[6] SOU 2007:10, Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft.

kommittén[7]. Där konstateras det att möjligheten att bedriva en effektiv och god vård samt forskning och utveckling av hög kvalitet ofta förutsätter högre patientvolymer och mer resurser än vad som är fallet med nuvarande landstingsindelning. Större huvudmän förbättrar förutsättningarna för en kunskapsstyrd hälso- och sjukvård som i högre utsträckning baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, vilket i sin tur ökar likvärdigheten.

Färre huvudmän i form av storregioner ger därför bättre förutsättningar att utveckla den högspecialiserade vården. Dagens sjukvårdsregioner är inte tillräckliga. Vi välkomnar följaktligen Indelningskommitténs uppdrag och arbete i frågan.

## 6.2 Ersättningssystem för utomlänsvården

### Riksavtalet och regionala prislistor

Enligt det så kallade Riksavtalet för utomlänsvård ska varje sjukvårdsregion komma överens om priser för utomlänsvården i regionen. Med utomlänsvård menas sådan hälso- och sjukvård som utförs av något annat landsting i sjukvårdsregionen än hemlandstinget. Riksavtalet innehåller övergripande bestämmelser om vad som gäller för utomlänsvården och att priserna ska vara ”skäliga”. Avtalet omfattar vård efter remiss från hemlandstinget, akut- och förlossningsvård, övrig utomlänsvård i de fall patienten själv väljer sådan vård, medicinsk service, hjälpmedel och transporter samt sjukresor.[8]

Sjukvårdsregionerna tar årligen fram regionala prislistor, vilka godkänns i samverkansnämnden och därefter fastställs av alla huvudmän inom sjukvårdsregionen. I Sydöstra fastställs de emellertid direkt av Regionsjukvårdsnämnden och i Norra av Norrlandstingens regionförbund. En regional prislista inom en sjukvårdsregion behöver dock inte nödvändigtvis innebära enhetliga priser för en viss typ av hälso- och sjukvård inom regionen. I vissa fall har t.ex. enskilda kliniker på universitetssjukhusen egna prislistor.[9]

[7] Fi 2015:09.
[8] Sveriges kommuner och landssting. Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer. Stockholm: 2014.
[9] U-J Olson. Utvecklingspartner i Stockholm AB. Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården. PM framtaget för utredningen, Dnr S2014:11/2014/5.

### Variation mellan DRG och KPP samt fast och rörlig ersättning

Sjukvårdsregionerna har valt olika modeller för sina ersättningssystem för utomlänsvården, vilket framgår av regionavtalen för respektive sjukvårdsregion.

Ofta används Diagnosrelaterade grupper, DRG, som underlag vid framtagning av prislistor för hälso- och sjukvård. DRG är ett patientklassificeringssystem, vilket innebär att patienter med likartad diagnos och resursförbrukning grupperas i en och samma grupp och är ett överskådligt sätt att beskriva patientsammansättningen eller casemix på olika sjukhus eller i olika landsting. DRG-systemet tar även hänsyn till resursförbrukning, dvs. kostnader, och kan därför också användas för att jämföra kostnadseffektiviteten på olika sjukhus.

Ett annat sätt att utarbeta prislistor är systemet Kostnad per Patient, KPP där sjukvårdssystemets kostnad för varje enskild vårdkontakt beräknas. KPP är en metod som innebär att sjukvårdens kostnader bryts ner så att de kan knytas till varje vårdkontakt och patient. I beräkningarna ingår inte kostnader för forskning, politiker och beställarkansli eller för köpt vård. De individbaserade kostnadsuppgifterna samlas in i KPP-databasen vid Sveriges kommuner och landsting. Jämförelser av dessa kostnadsuppgifter försvåras dock av att sjukhusen använder olika beräkningsmetoder och fördelningsprinciper för kostnader i KPP-systemet samt att kvaliteten i de medicinska grunddata så som diagnoser och åtgärder varierar.

Fast DRG-ersättning per vårdepisod eller insats dominerar utomlänspriserna för specialiserad somatisk vård. För den hälso- och sjukvårds som bedrivs på universitetssjukhusen är det lika vanligt med klinikspecifika priser som baseras på KPP-mått. Sydöstra sjukvårdsregionen har dessutom tagit fram ett eget beskrivningssystem PBE (prestationsbaserad ersättning) som används parallellt med DRG för att prissätta delar av vårdutbudet.

Det varierar också mellan sjukvårdsregionerna hur fördelningen mellan fast och rörlig ersättning fördelas. En typ av abonnemang för högspecialiserad vård används av flera sjukvårdsregioner där det ges en fast ersättning i form av ett budgettillskott och en rörlig ersättning för vårdtillfället. Samtliga sjukvårdsregioner överenskommer dessutom om kostnadsytterfall, dvs. när den faktiska kostnaden för ett vårdtillfälle överstiger det överenskomna priset med en

viss procentandel, får vårdlandstinget fakturera de faktiska kostnaderna för att få kostnadstäckning.[10]

Oavsett prismodell ska remitterande landsting i allmänhet också stå för kostnaderna för medicinsk service, transporter inklusive helikopter, eventuella hjälpmedel samt vissa implantat och särskilt dyra läkemedel.[11]

Skandionkliniken är en protonstrålningsanläggning för cancerbehandling och första exemplet på hur huvudmännen gått ihop i ett kommunalförbund för att klara av den kostsamma investeringen och driften av en sådan anläggning. Medlemslandstingen, vilka utgör de landsting som har universitetssjukhus, står som garanter för kommunalförbundet, men verksamheten ska bära sina egna kostnader genom patientintäkter. Ersättningsmodellen är uppdelad i en fast och en rörlig del. Cirka 50 procent av kostnaderna betalas genom en fast abonnemangsavgift med utgångspunkt från befolkningsunderlaget och övriga 50 procent betalas som en kostnad per behandlingstillfälle.[12]

Patienterna kommer från hela landet och remitteras till universitetssjukhuset i den sjukvårdsregion som man bor i och den remitterande universitetskliniken har det medicinska ansvaret under hela behandlingsperioden, allt i från diagnostik och behandling till uppföljningen. Endast själva strålbehandlingen sker vid Skandionkliniken där läkare från landets universitetssjukhus tjänstgör enligt ett roterande schema. Gemensam vårdplanering med hjälp av videkonferenser och gemensamma riktlinjer ska möjliggöra en likvärdig bedömning och behandling för alla patienter.

## Prislistorna för regionsjukvården försvårar patientrörligheten över landstingsgränserna

Prislistornas konstruktion för utomlänsvården varierar kraftigt mellan sjukvårdsregionerna och för den högspecialiserade vården är det dessutom vanligt med klinikspecifika prislistor. Vad denna variation i prissättningsteknik speglar, finns det ingen entydig förklaring till

[10] U-J Olson. Utvecklingspartner i Stockholm AB. Prismodeller och samverkan kring den högspecialiserade regionvården. PM framtaget för utredningen, Dnr S2014:11/2014/5.
[11] Ibid.
[12] Samarbetsavtal avseende Skandionkliniken.

erfar utredningen. Det kan vara svårt att ta fram en rättvisande och heltäckande standardsprismodell för den högspecialiserade vården eftersom den avser mindre volymer och komplexa vårdförlopp.

Ersättningssystemen för den högspecialiserade vården har varit ett återkommande samtalsämne vid våra dialoger med företrädare för hälso- och sjukvårdssektorn. Oberoende av prismodell tycks varken säljar- eller köparlandstingen vara helt nöjda med befintliga prislistor och den stora variation som finns mellan regionernas olika prislistor. Köparlandstingen anser i regel att priserna är för höga och utomlänsvård anses många gånger innebära en förlustaffär. Detta kan få till följd att tillgången till exempelvis högspecialiserade behandlingar begränsas. Säljarlandstinget anser i sin tur att de inte får ordentlig kostnadsersättning för den vård som tillhandahålls.

Behovet av nationell samordning om priserna för utomlänsvården ökar i takt med att utbytet av hälso- och sjukvård mellan landstingen intensifieras. Patienterna har t.ex. genom patientlagen (2014:821) numera laglig rätt att välja öppen specialiserad vård i hela landet. En nationell samordning och samsyn om priserna skulle kunna stimulera en för patienten mer ändamålsenlig arbetsfördelning mellan behandlande universitetssjukhus eller länssjukhus och det lokala hemsjukhuset. Behandlande läkare på universitetssjukhuset/länssjukhuset måste kunna få ordentlig återkoppling och möjlighet att följa upp genomförd åtgärd samtidigt som patienten om möjligt ska få lämplig och högkvalitativ eftervård så nära hemmet som möjligt.

Sammanfattningsvis gör vi bedömningen att skillnaderna mellan de olika prislistorna och bristen på transparens försvårar vårdutbytet mellan landstingen. Detta faktum hämmar i sin tur nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården.

## 6.3 Tillgång till personal inom hälso- och sjukvården

Tillgången till läkare, sjuksköterskor och barnmorskor ökar visar Socialstyrelsens årliga översyn av tillgången och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvården.[13] Både läkar- och sjuksköterskетätheten per 100 000 invånare hävdar sig väl internationellt.

[13] Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2015. Stockholm: 2015.

Sverige hade den fjärde högsta läkartätheten i EU-/EES-området år 2012. Det framgår dessutom att tillväxten av antalet läkare har legat på samma nivå som de övriga tre länderna med högst läkartäthet. Vad gäller sjuksköterskor ligger Sverige på den femte högsta sjuksköterskетätheten per 100 000 invånare inom EU-/EES-området. Sverige har dock haft en något lägre tillväxttakt vad gäller sjuksköterskor än vad de övriga fyra länderna i toppen har.

Gruppen specialistsjuksköterskor är den enda personalgrupp inom hälso- och sjukvården som minskar i förhållande till befolkningen. De senaste fem åren har andelen med specialistutbildning sjunkit från 50 procent av alla sjuksköterskor sysselsatta i hälso- och sjukvård år 2007 till 46 procent år 2012. Andelen specialistsjuksköterskor varierar dock mellan specialiteter där sjuksköterskor specialiserade inom internmedicin och kirurgi minskat mest.

Tillgången till läkare och sjuksköterskor varierar dessutom kraftigt över landet. Region Stockholm-Gotland hade 2012 den högsta läkartätheten i landet, men däremot den lägsta sjuksköterskетätheten. Norra regionen hade den högsta sjuksköterskетätheten i landet och sydöstra sjukvårdsregionen hade den lägsta läkartätheten i landet.

Den intensiva kunskapsutvecklingen inom hälso- och sjukvården och inte minst inom den högspecialiserade vården har inneburit att specialiseringen ökar. Många gånger måste vårdpersonal med olika specialistkompetens samarbeta om varje enskild patient. Behovet av multidisciplinär kompetens kan vara stort för den högspecialiserade vården, samtidigt som tillgången till särskild kompetens är begränsad i landet. Trots den relativt goda tillgången på läkare och sjuksköterskor, har många landsting svårigheter att rekrytera rätt kompetens i tillräcklig utsträckning.

Rekryteringsproblematiken får effekter på kvaliteten på den hälso- och sjukvård som bedrivs. I en rapport från Inspektionen för vård och omsorg framkommer omfattningen på och effekterna av bristfällig bemanning med otillräcklig kompetens. Felaktiga prioriteringar och dålig följsamhet till riktlinjer och vårdprogram leder i sin tur till felaktiga behandlingar som ytterst leder till döden. I rapporten redovisas flera lex-Mariaärenden som direkt går att relatera till hög arbetsbelastning som en effekt av den bristfälliga bemanningen.[14]

[14] Inspektionen för vård och omsorg. Hur står det till med våra akutmottagningar? – tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. Stockholm: 2015.

Förutom bristande patientsäkerhet, får även svårigheterna att rekrytera rätt personal effekter på landstingens ekonomi. Den relativt kraftiga kostnadsökning som landstingen just nu erfar inom sjukvården bedöms bl.a. just bero på svårigheter att rekrytera personal, särskilt sjuksköterskor. Kostnadsökningen beror på att vårdavdelningar tvingas stänga med minskad verksamhet som följd, samtidigt som de fasta kostnaderna kvarstår. Rekryteringsproblemen driver dessutom upp lönekostnaderna, både i form av löneglidning och ökade kostnader för övertid samt inhyrd personal.[15]

[15] Sveriges kommuner och landsting. Ekonomirapporten – om kommunernas och landstingens ekonomi, april 2015. Stockholm: 2015.

# 7 Nivåstrukturering på nationell och regional nivå samt inom Norden och EU

Detta kapitel syftar till att beskriva begreppet nivåstrukturering och ge exempel på pågående processer på nationell, nordisk och europeisk nivå. Vi har tänkt att dessa exempel får visa på vilka processer som finns, behoven som har föranlett dem och vilka strategiska vägval man gjort. Sammantaget framträder en splittrad bild, men där behovet av ökad samordning och styrning är gemensamt.

## 7.1 Begreppet nivåstrukturering

Begreppet nivåstrukturering används ofta i allmän bemärkelse och avser främst en form av arbetsfördelning inom vården. Termerna koncentration, centralisering, decentralisering och regionalisering är nära förknippade med begreppet nivåstrukturering. Dessa termer beskriver i sjukvårdssammanhang vanligen en förskjutning av ansvar för ett tillstånd eller åtgärd mellan olika vårdnivåer såsom riksnivån med rikssjukvården, regionsjukvården med universitetssjukvården och den lokala nivån med länssjukvården. Nivåstruktureringen kan även ske mellan olika vårdgivare.

Vid våra möten med landstingsledningar och professionsföreträdare har vi förstått att nivåstrukturering ofta är ett laddat begrepp som för tankarna till att prestigefulla åtgärder flyttas från läns- till universitetssjukhusnivå och därmed utarmar de mindre lokala sjukhusen på värdefull kompetens. Begreppet för tankarna till att det läggs en värdering mellan de olika nivåerna i svensk hälso- och sjukvård, från riks- till primärvårdsnivå och att det skulle vara bättre att utföra avancerade åtgärder i stället för åtgärder som är av mer rutin-

karaktär. Att få bedriva högspecialiserad vård vid sitt sjukhus lyfts gärna fram som ett sätt att få tillgång till eftertraktad kompetensutveckling och specialisering samt att det fungerar som en viktig bas för rekrytering och forskning. Av denna anledning har begreppet nivåstrukturering i vissa sammanhang kommit att ersättas av det mer värdeneutrala ordet arbetsfördelning.

Mot bakgrund av att begreppet är laddat har Sveriges kommuner och landsting (SKL) valt följande definition inom ramen för nivåstruktureringen av cancervården ”Nivåstruktureringen innebär /…/ att man gör en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen mellan olika vårdenheter, baserad på fakta och för att alla patienter ska få en god och jämlik vård. Detta ska inte uppfattas hierarkiskt utan mera ses som ett arbetssätt där flera vårdgivare samverkar i en processorienterad cancervård.”[1]

Även om ordet nivåstrukturering är ett relativt nytt och laddat begrepp i svensk hälso- och sjukvård, bedömer vi ändå att det är det begrepp som bäst beskriver vårt uppdrag. Vi kommer därför konsekvent använda oss av begreppet nivåstrukturering i enlighet med SKL:s definition ovan alternativt koncentration.

Inom den svenska sjukvården förekommer nivåstrukturering i olika sammanhang och med olika ändamål, vilket beskrivs nedan.

## 7.2 Styra med kunskap

Både inom ramen för dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen på cancerområdet poängteras det att dessa processer ska ses som en del i kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen understryker vikten av att den nationella kunskapsstyrningen sätts i relation till hälso- och sjukvårdens lokala och regionala kunskapsstyrningsarbete. På samma sätt menar myndigheten att det är angeläget att rikssjukvården ses som en del i det lokala och regionala nivåstruktureringsarbetet.[2]

Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården har under de senaste åren diskuterats flitigt och behovet av en tydligare ansvarsfördelning mellan stat, kommun och landsting samt ökad samord-

[1] Sveriges kommuner och landsting. Nivåstrukturerad cancervård – för patienternas bästa. Stockholm: 2013.
[2] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.

ning mellan myndigheterna har lyfts fram. Kunskapsstyrning tar sin utgångspunkt i att hälso- och sjukvården ska ha en stark kunskapsbas och att aktörerna ska ha möjlighet till ett kunskapsbaserat beslutsfattande. Kunskapsstyrning inom hälso- och sjukvården kan betraktas som ett grundvillkor för att ge patienterna en god vård på lika villkor.

Intresset för nationella kunskapsunderlag har ökat i takt med att data om vårdens kvalitet och effektivitet under senare år gjorts allt mer tillgänglig genom såväl ”Öppna jämförelser”[3] som årsrapporter från nationella kvalitetsregister.[4] Ur ett professions- och verksamhetsperspektiv blir det allt viktigare att få hjälp att sortera i det allt rikligare informationsflödet samt att få stöd att ompröva tidigare kunskaper och rutiner.

Den statliga kunskapsstyrningen förutsätter att staten på olika sätt stödjer den lokala och regionala kunskapsbildningen och kunskapsspridningen och är lyhörda för var kunskapsframtagande och kunskapsspridning särskilt bör prioriteras. Den statliga kunskapsstyrningen handlar bl.a. om framtagande av systematiska kunskapsöversikter vid Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och framtagande av nationella riktlinjer med tillhörande utvärderingar vid Socialstyrelsen. Detta arbete bedrivs i samverkan med lokala och regionala aktörer.

I kölvattnet av Statens vård- och omsorgsutredning[5] och departementspromemorian En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst[6] har syftet med och kraven gällande den statliga kunskapsstyrningen förtydligats genom en särskild förordning som trädde ikraft vid halvårsskiftet 2015.[7] Regeringen konstaterar i proposition 2015/16:1 Budgetpropositionen för 2015 att den skärpta styrningen av myndigheterna beror på att tidigare försök att åstadkomma en fungerande samverkan inte varit effektiva. I förordningen används begreppet styrning med kunskap i stället för kunskapsstyrning. Styrningen ska ske genom icke bindande kun-

[3] Socialstyrelsen, Sveriges kommuner och landsting. Öppna jämförelser 2014 – Hälso- och sjukvård. Stockholm: 2014.
[4] http://www.kvalitetsregister.se/
[5] SOU 2012:33, Gör det enklare.
[6] Departementspromemoria 2014:9, En samlad kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård och socialtjänst.
[7] Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst.

skapsstöd och bindande föreskrifter som syftar till att bidra till att hälso- och sjukvård och socialtjänst bedrivs i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är huvudmännen som har det fulla ansvaret för hälso- och sjukvården och myndigheternas kunskapsstyrning ska utformas på ett sådant sätt att huvudmännens och professionernas arbete med att bedriva en evidensbaserad hälso- och sjukvård och socialtjänst underlättas.

För att möjliggöra denna nya samverkan har två nya strategiska forum inrättats, *Rådet för styrning med kunskap* och *Huvudmannagruppen*. Rådet för styrning med kunskap består av myndighetscheferna för E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läkemedelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande i rådet. Rådet ska vara ett strategiskt råd utan operativt ansvar och utan egen beslutsrätt och ger myndigheterna möjlighet att samordna sin kunskapsstyrning så att den blir mer effektiv och samstämd gentemot huvudmännen och professionerna.

Huvudmannagruppen består av sexton politiska förtroendevalda ledamöter, varav sex ledamöter företräder landstingen och tio ledamöter företräder kommunerna. Syftet med Huvudmannagruppen är att informera ansvariga myndigheter var det finns behov av statlig styrning med kunskap samt hur styrningen bör utformas och kommuniceras. Ansvariga politiker ges på detta sätt en formell delaktighet i myndigheternas arbete med att styra med kunskap.

Den nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) är ett gemensamt forum för myndigheter, Sveriges kommuner och landsting, landstingen och vårdens professioner. I gruppen utbyts information om aktuella projekt och det förs en dialog om hur arbetet med kunskapsstyrning kan stödjas och vidareutvecklas. Syftet med NSK är samverkan i olika former och de beslut som fattas i NSK är inte formellt eller juridiskt bindande, utan bygger på förankring med förväntan om införande.

Inom ramen för NSK har nationella programområden med tillhörande programråd skapats som ett sätt för landstingen att arbeta med gemensamma expertgrupper. I programråden samverkar experter för att utforma nya kunskapsunderlag så som nationella vårdprogram

och mål och indikatorer samt identifiera förbättringsområden i vården och för att främja hälsa och motverka ohälsa. Målsättningen är att programrådens arbete successivt ska ersätta delar av, men också komplettera, landstingens arbete med regionala och lokala riktlinjer och vårdprogram samt stödja arbetet med en mer kunskapsbaserad, jämlik och effektiv vård.

Arbetet med nationella vårdprogram på cancerområdet kan ses som ett gott exempel på en integrerad och relativt effektiv process för kunskapsstyrning. En av regionala cancercentrums viktigaste uppgifter är att arbeta med kunskapsstyrning för cancervården. Hittills har ett trettiotal nationella vårdprogram tagits fram där professionen också har att bedöma nivåstrukturering inom området för varje vårdprogram. Regionala cancercentrum knyter ihop arbetet med kunskapsstöd med stöd för uppföljning via kvalitetsregister och genomförande av förbättringar för patienterna genom processarbetet.

Sammantaget pågår det ett stort förändringsarbete av kunskapsstyrningen och det är angeläget att nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården dockar in och bidrar till de övriga centrala kunskapsstyrningsprocesserna.

## 7.3 Rikssjukvård

Dagens system med rikssjukvård är den statliga struktur som sedan 1 januari 2007 finns i Sverige för att koncentrera högspecialiserad vård. Rikssjukvården regleras i 9 a och 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) där det framgår att Socialstyrelsen ska besluta om vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra rikssjukvård och var den ska bedrivas. För att få bedriva rikssjukvård krävs det tillstånd, vilka är tidsbegränsade och förenade med villkor. Rikssjukvård ska bedrivas på enheter där en hög vårdkvalitet och en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas.

Inför ikraftträdandet av den nya lagstiftningen gavs Socialstyrelsen ett förberedande uppdrag i syfte att definiera förutsättningarna för arbetet med rikssjukvård och förbereda inrättandet av den nya verksamheten. År 2007 startade verksamheten, Rikssjukvårdsnämn-

den (RSN) inrättades och nämnden fattade beslut om att hjärtkirurgi på barn- och ungdomar är rikssjukvård.[8]

## Rikssjukvårdsnämnden, ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen

Rikssjukvårdsnämnden (RSN) är ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen och inrättat på uppdrag av regeringen med uppgiften att besluta om viss hälso- och sjukvård som ska bedrivas av ett landsting, men med hela landet som upptagningsområde. I 19 § förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen anges RSN:s huvuduppgift, vilken är att besluta vilka verksamheter som ska bli rikssjukvård och för varje verksamhet som är rikssjukvård besluta vilka enheter inom hälso- och sjukvården som får tillstånd att bedriva den.

Nämnden består av en ordförande och nio andra ledamöter. Av de nio ledamöterna i nämnden ska sex representera landstingen, en representera Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), en representera Vetenskapsrådet och en representera Kammarrätten i Stockholm. Ordförande i nämnden och ställföreträdare för denne är en representant från Socialstyrelsen. Ledamöterna ska i sina överväganden och beslut representera staten och se till hela nationens bästa. Vid omröstning gäller majoritetsbeslut och vid lika röstetal har ordföranden utslagsröst.

Regleringen i hälso- och sjukvårdslagen ger inte någon tydlig vägledning till vad lagstiftaren avser med uttrycket ”landet som upptagningsområde”. RSN fattade därför tidigt beslut om en plattform som ramverk för arbetet med rikssjukvård. Syftet med plattformen är att den ska tydliggöra begrepp och definitioner som är centrala för arbetets genomförande och beslut.

Den nu gällande plattformen är följande:

[8] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.

*Plattform för rikssjukvård*

**Syfte**
Syftet med att koncentrera viss hälso- och sjukvård och bedriva den som rikssjukvård är att höja vårdens kvalitet och att använda vårdens resurser mer effektivt.

En befintlig verksamhet, eller del av befintlig verksamhet, ska bedrivas som rikssjukvård när:

- Det är säkerställt att verksamheten är högspecialiserad hälso- och sjukvård av rikskaraktär.
- Rikssjukvårdsnämnden uttrycker att det finns skäl som talar för att vårdens kvalitet blir högre och vårdens resurser används mer effektivt om verksamheten koncentreras.
- Högspecialiserad hälso- och sjukvård av rikskaraktär är sådan vård som är så specialiserad att patienter normalt remitteras mellan regionsjukhus.

**Definition**
En verksamhet definieras som rikssjukvård när det är säkerställt att den är högspecialiserad hälso- och sjukvård av rikskaraktär och det finns skäl utifrån vårdkvalitets- eller resursutnyttjandeperspektiv att definiera verksamheten som rikssjukvård.

**Riket som upptagningsområde**
En verksamhet som är definierad som rikssjukvård har riket som upptagningsområde. Med det avses:

- Upptagningsområdet omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna.
- En väsentlig andel av patienterna kommer från andra än den egna sjukvårdsregionen.

Utifrån ovanstående två förtydliganden kommer en verksamhet som definieras som rikssjukvård att utföras av maximalt två sjukhus i landet.

Vid sitt första möte 2007 beslutade RSN att inrätta en rådgivande grupp som består av tjänstemän från de sex sjukvårdsregionerna, den s.k. tjänstemannagruppen. Strax därefter bildades på initiativ från Socialstyrelsen även en referensgrupp med kontaktpersoner från landets sju universitetssjukhus.

Beslutsärenden i RSN föregås av att ärendet bereds i RSN vid sammanträdet före beslutstillfället. Sex veckor före RSN sammanträder, ska beslutsärendena diskuteras i tjänstemanna- och kontaktpersonsgruppen. Sammantaget innebär denna beredningsprocess att beslutsprocessen för ett ärende i RSN tar minst ett halvår. Motivet till denna beredningsprocess är att ärendet ska hinna diskuteras och förankras i respektive sjukvårdsregion.[9]

## Områden som i dag är rikssjukvård

Sedan 2007 har följande 12 verksamheter definierats som rikssjukvård.

**Tabell 7.1 Områden definierade som rikssjukvård**

| Rikssjukvårdsområde | Rikssjukvård sedan år | Cirka antal patienter/år |
|---|---|---|
| Hjärtkirurgi på barn och ungdomar inklusive epikardiella och transvenösa pacemakerinsättningar på barn och ungdom med medfödda hjärtfel | 2008 | 500 |
| Hjärtkirurgi på vuxna med medfödda hjärtfel (tidigare benämnt thoraxkirurgiska ingrepp på GUCH[10]) | 2009 | 75 |
| Ögononkologi | 2009 | 70 |
| Behandling av svåra brännskador | 2009 | 250 |
| Hjärttransplantation | 2010 | 45 |
| Levertransplantation | 2010 | 150 |
| Lungtransplantation | 2010 | 50 |
| Behandling av barn med cochleaimplantat | 2012 | 20 |

[9] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.
[10] GUCH står för Grown Up Congenital Heart Disease, på svenska vuxna med medfödda hjärtfel.

| | | |
|---|---|---|
| Viss kraniofacial kirurgi | 2012 | 85 |
| Behandling av barnglaukom och barnkatarakt | 2013 | 60 |
| Intrauterina behandlingar | 2013 | 35 |
| Behandling av plexus brachialisskador | 2015 | 85 |
| **Summa** | | **1 425** |

*Källa*: Socialstyrelsen.

De tolv rikssjukvårdområdena är fördelade på 21 tillstånd som är spridda över landet enligt nedan.

**Tabell 7.2 Geografisk fördelning av utfärdade rikssjukvårdstillstånd**

| Region | Tillstånd |
|---|---|
| *Landstinget i Uppsala län*<br>Akademiska sjukhuset | - Behandling av svåra brännskador<br>- Viss kraniofacial kirurgi |
| *Region Skåne*<br>Skånes Universitetssjukhus | - Hjärtkirurgi på barn och ungdomar<br>- Hjärttransplantation<br>- Lungtransplantation<br>- Hjärtkirurgi på vuxna med medfödda hjärtfel |
| *Stockholms läns landsting*<br>Karolinska Universitetssjukhuset,<br>*St: Eriks ögonsjukhus,<br>**Södersjukhuset | - Levertransplantation<br>- Cochleaimplantat<br>- Intrauterina behandlingar<br>- Behandling av barnglaukom och barnkatarakt*<br>- Ögononkologi*<br>- Behandling av plexus brachialisskador** |
| *Region Östergötland*<br>Universitetssjukhuset i Linköpings | - Behandling av svåra brännskador |
| *Västra götalandsregionen*<br>Sahlgrenska Universitetssjukhuset | - Hjärtkirurgi på barn och ungdomar<br>- Hjärtkirurgi på vuxna med medfödda hjärtfel<br>- Hjärttransplantation<br>- Lungtransplantation<br>- Levertransplantation<br>- Viss kraniofacial kirurgi<br>- Behandling av barnglaukom och barnkatarakt |
| *Västerbottens läns landsting*<br>Umeå Universitetssjukhus | - Behandling av plexus brachialisskador |

*Källa*: Socialstyrelsen.

Det pågår för närvarande utredningar om avancerad barn- och ungdomskirurgi och kirurgi för transsexuella.

Reumatologiska sjukdomar hos barn och ungdomar och ögonplastikkirurgi har utretts för att bli rikssjukvård, men bedömning har gjorts att dessa områden inte är lämpliga som rikssjukvård. Reumatologiska sjukdomar hos barn och ungdomar definierades inte som rikssjukvård för att det bedömdes kunna få negativa konsekvenser för kompetensförsörjningen inom området och därmed bidra till ett försämrat resursutnyttjande och försämrad vårdkvalitet.[11] Vad gäller ögonplastikkirurgi bedömdes ingen högspecialiserad vård tydligt kunna urskiljas inom området.[12]

Ytterligare några verksamheter, bl.a. allogen stamcellstransplantation[13], svåra bäckenrings- och acetabularfrakturer[14], kärlmissbildningar i hjärna och ryggmärg[15] har utretts, men där RSN beslutat att det för närvarande inte finns skäl att definiera verksamheten som rikssjukvård.

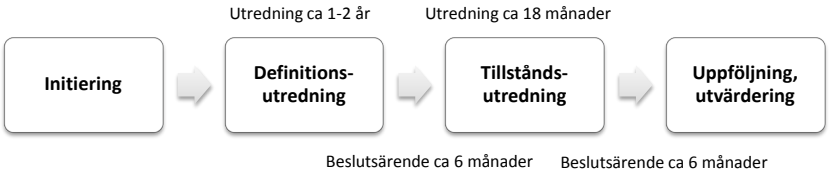
## Rikssjukvårdsprocessen från definition till uppföljning

Dagens rikssjukvårdsprocess består av fyra definierade delprocesser. Processen har utvecklats kontinuerligt sedan rikssjukvården infördes. Det tar totalt tre och ett halvt till fyra och ett halvt år att utreda och besluta huruvida ett område ska anses vara rikssjukvård och var vården ska bedrivas. De långa processerna ska möjliggöra att de områden som utreds är väl genomarbetade och väl förankrade lokalt och regionalt. Mycket kan dock hända avseende kunskapsläget under en så lång utredningstid. Det är dessutom kostsamt att lägga alltför mycket tid på utredningsarbete och det uppstår i värsta fall ett slags vakuum avseende forskning, utveckling och utbildning inom området i väntan på vad som ska ske. Under den långa utredningstiden

[11] Socialstyrelsen. Reumatologiska sjukdomar hos barn och ungdomar som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte 13 maj 2009. Socialstyrelsen: 2009.
[12] Socialstyrelsen. Ögonplastikkirurgi som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämnden den 12 mars 2008. Stockholm: 2008.
[13] Socialstyrelsen. Allogen stamcellstransplantation som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 6 oktober 2010. Stockholm: 2010.
[14] Socialstyrelsen. Svåra bäckenrings och acetabularfrakturer som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 16 juni 2010. Stockholm: 2010.
[15] Socialstyrelsen. Behandling av kärlmissbildningar i hjärna och ryggmärg som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 13 maj 2009. Stockholm: 2009.

riskerar patienter att drabbas av onödiga komplikationer, trots att huvudskälet för att koncentrera vårdområdet är att höja kvaliteten och säkerheten på diagnostik, vård och behandling.

**Figur 7.1 Rikssjukvårdsprocessen**




*Källa*: Socialstyrelsen.

*Delprocess 1: Initiering*

Rikssjukvårdsprocessen inleds med att vårdområden lämpliga som rikssjukvård initieras. Fram till och med våren 2015 var det en ledamot av Rikssjukvårdsnämnden (RSN), en sjukvårdshuvudman eller Socialstyrelsen som hade rätt att ge förslag på vilken hälso- och sjukvård som var lämplig för rikssjukvård. 2008 gick en första förfrågan ut till huvudmännen om att föreslå verksamheter som skulle utredas att bli rikssjukvård. Av de förslag som inkom, prioriterades 23 verksamheter, vilka huvudmännen gavs möjlighet att ta ställning till vid ett tillfälle 2011/12.

Våren 2015 gavs även patientföreningar, regionala cancercentrum, specialitetsföreningar och sektioner, Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Riksrevisionen och Vetenskapsrådet möjlighet att nominera lämpliga områden för rikssjukvård. Sammanlagt inkom 19 områden. Socialstyrelsen avser att snabbutreda samtliga förslag för att avgöra om respektive område ska utredas för att bli rikssjukvård.[16]

RSN har beslutat att i de fall ett förslag till att genomföra en definitionsutredning inkommer från en sjukvårdshuvudman, ska det föregås av ett politiskt beslut i det landstinget för att säkra ett långsiktigt engagemang.

[16] Socialstyrelsen. Förslag på verksamheter som kan bli rikssjukvård [Internet]. Stockholm: 2015.

*Delprocess 2: Definitionsutredning*

Definitionsutredningen följer efter initieringsfasen och syftar till att säkerställa att verksamheten är högspecialiserad av rikskaraktär och att tydliggöra de skäl som talar för att en koncentration innebär ökad vårdkvalitet och förbättrat resursutnyttjande. Utredningen genomförs i två steg. Först genomförs en verksamhetsbeskrivning som därefter åtföljs av en konsekvensanalys.

Verksamhetsbeskrivningen genomförs av en medicinsk arbetsgrupp som leds av utredare på Socialstyrelsen och utmynnar i ett definitionsförslag som relevanta specialistföreningar och patientföreningar ges möjlighet att lämna synpunkter på. När verksamhetsbeskrivningen är genomförd, görs en konsekvensanalys i syfte att ge en bild av hur ett beslut om koncentration förväntas påverka vårdkvalitet och resursutnyttjande. Även konsekvensanalysen skickas ut för synpunkter till berörda aktörer, bland annat till Vetenskapsrådet som ges möjlighet att lämna synpunkter på konsekvenser för forskningen. Definitionsutredningen diskuteras löpande i den s.k. tjänstemannagruppen där samtliga sex sjukvårdsregioner är representerade.[17]

*Delprocess 3: Tillståndsutredning*

Då beslut tagits i RSN om att ett område bör bli rikssjukvård och definitionsutredningen är beslutad, påbörjas själva tillståndsutredningen. Ansökningshandlingar skickas ut till samtliga landsting som får fyra till sex månader på sig att ansöka om att få bedriva rikssjukvård. Ansökan, som ska godkännas av landstings- eller regionfullmäktige innan den skickas in till Socialstyrelsen, ska innehålla en beskrivning av förmågan att utöka verksamheten, sårbarhetsanalys, förmåga till god vård och kompetens samt forskning.

Socialstyrelsen granskar inkomna ansökningshandlingar för att säkerställa att nödvändiga krav på innehåll och kvalitet är uppfyllda utifrån följande områden:

[17] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.

1. Struktur – resurser, forskning och organisatoriska förutsättningar.
2. Process – resursutnyttjande, samverkan och strategiskt arbetssätt.
3. Erfarenhet, resultat och utveckling – redovisning och reflektion över kliniska resultat, forskning och utveckling.
4. Allmänna krav – belyser fem dimensioner av kvalitet i vården.

Myndigheten rekommenderar sedan Rikssjukvårdsnämnden vilka sökande landsting som bör bli beviljade tillstånd att bedriva rikssjukvård.

Tillståndsprocessen tar cirka 18 månader att genomföra från att arbetet påbörjas till dess RSN har tagit ett beslut. De verksamheter som fått ett rikssjukvårdsuppdrag har sex månader på sig att starta upp verksamheten. Tillstånden löper som regel i fem år.[18]

*Delprocess 4: Uppföljning och utvärdering*

De verksamheter som har rikssjukvårdstillstånd följs årligen upp under den femåriga tillståndsperioden. Verksamheten följs upp utifrån ett antal kvalitetsindikatorer, verksamhetens arbete med att förstärka och förbättra sina vårdprocesser och de villkor som är förenade med tillståndet.

Det fjärde året genomförs en mer djupgående utvärdering inför omprövningen av definitionen och tillståndet att bedriva den specifika rikssjukvården. Tillståndet är på fem år och därefter öppnas möjligheten för samtliga landsting att ansöka på nytt. I praktiken kan det dock vara svårt för andra vårdgivare att bli aktuella då kompetensen för att genomföra åtgärden inte kunnat upprätthållas på de enheter som inte haft rikssjukvårdstillståndet den senaste tillståndsperioden.

På grund av att dagens rikssjukvård avser små patientvolymer, har Socialstyrelsen än så länge inte kunnat påvisa några förbättringar i medicinska resultat för den hälso- och sjukvård som har koncentrerats. Utvecklingen av uppföljningsindikatorer och registreringskrav

[18] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.

i bl.a. kvalitetsregister skapar dock förutsättningar för kvalitetsuppföljning på längre sikt.

Vad gäller ekonomisk effektivitet har Socialstyrelsen inte identifierat vilka data som behövs för att kunna visa på förväntade effektivitetsvinster från koncentrationen. Verksamheterna har många förgreningar in i olika specialiteter och sjukhusgemensamma resurser, vilket gör det svårt att följa upp eventuella resurseffektivitetsvinster.

## Brister och utvecklingsområden i dagens rikssjukvård

Både Socialstyrelsen själv och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utrett och utvärderat rikssjukvården i olika omfattning.[19] I dessa utvärderingar konstateras det bl.a. att beredningss- och beslutsprocessen är för tidskrävande och ineffektiv i förhållande till antalet beslutade tillstånd. I sin helhet tar utredning, beredning och beslut mellan tre och halvt och fyra och halvt år per område. Under de knappt tio år som rikssjukvården har funnits i sin nuvarande form, har som ovan redovisats, endast tolv områden definierats som rikssjukvård, vilka berör cirka 1 400 patienter årligen. Kostnaderna för verksamheten vid Socialstyrelsen har varierat mellan 5–12 miljoner per år beroende på intensiteten i arbetet. Uppgift om vad ansökande verksamheter eller sjukhus lagt ned i tid och kostnader för att fylla i de omfattande ansökningshandlingarna saknas. Även flera av de intressenter utredningen träffat har framfört synpunkter på den långsamma utrednings- och beslutsprocessen.

Utdragna beredningss- och beslutsprocesser riskerar även att leda till onödig ”kapprustning” mellan de landsting som konkurrerar om samma tillstånd för att bedriva viss rikssjukvård. Detta främjar inte den samordning och följsamhet som sedan krävs för att rikssjukvården ska kunna bedrivas på ett tillfredsställande sätt.

Förutom att själva utrednings- och beslutsprocessen tar tid, har även antalet utredningar och därmed omfattningen av rikssjukvården påverkats av hur Socialstyrelsen har valt ut områden för utredning. T.o.m. våren 2015 hade landstingen och Socialstyrelsen ensamrätt

[19] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012; Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Centralisering med patienten i centrum. 2013:3. Stockholm: 2013.

på att föreslå vilken högspecialiserad vård som borde koncentreras. Då Socialstyrelsen inte i någon större omfattning föreslagit lämpliga områden för rikssjukvård, har sjukvårdshuvudmännen näst intill haft monopolställning. Denna begränsning i vilka som fått föreslå vilken hälso- och sjukvård som bör bli rikssjukvård, kan ha bidragit till att få, och kanske inte heller alltid de mest prioriterade områdena ur ett patient- och samhällsperspektiv, har nominerats och utretts. Socialstyrelsen har nu ändrat förutsättningarna så att även sektionerna inom Svenska läkaresällskapet och Svensk sjuksköterskeförening, regionala cancercentrum, patientföreningar och myndigheter får föreslå områden av rikssjukvårdskaraktär. Att varje område bara får bedrivas på som mest två riksenheter i landet har ytterligare begränsat rikssjukvården till åtgärder med relativt låga patientvolymer.

Både Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar vidare att rikssjukvården behöver ses i ett helhetsperspektiv och sättas i relation till övrig utveckling inom hälso- och sjukvården. I synnerhet den nivåstrukturering som sker på cancerområdet. Rikssjukvården och nivåstruktureringen på cancerområdet har kommit att utvecklas i två parallella spår, vilket ytterligare har gett rikssjukvården en oklar roll i styrningen av hälso- och sjukvården.

## 7.4 Samordning av cancervården

### Bakgrund

Mot bakgrund av förslagen i den nationella cancerstrategin har regeringen vidtagit flera åtgärder.[20] Den strategiskt och långsiktigt viktigaste åtgärden var stödet för etablerandet av sex regionala cancercentrum (RCC) – ett i varje sjukvårdsregion. RCC:s arbete är definierat i tio kriterier och har till syfte att öka vårdkvaliteten och förbättra vårdresultaten, samt att använda hälso- och sjukvårdens resurser mer effektivt.[21] De sex RCC som startade upp sin verksam-

[20] SOU 2009:11, Utredningen en nationell cancerstrategi. En nationell cancerstrategi för framtiden. Betänkande av utredningen en nationell cancerstrategi.

[21] De tio kriterierna för RCC är: Förebyggande insatser och tidig upptäckt av cancer; utbildning och kompetensförsörjning, ledningsfunktion, RCC-samverkan och uppföljning av cancervårdens kvalitet, vårdprocesser, kunskapsstyrning, utvecklingsplan för cancervården i sjukvårdsregionen, psykosocialt stöd, rehabilitering och palliativ vård, klinisk cancerforskning och innovation, nivåstrukturering och patientens ställning i cancervården.

het under 2010–2011, samverkar nationellt i en rad frågor och Sveriges kommuner och landsting (SKL) stödjer denna samverkan. Cheferna för respektive RCC bildar gruppen RCC i samverkan och samordnas av SKL som agerar ordförande. Gruppen ska verka för att genomföra cancerstrategins intentioner. Bl.a. tar man gemensamt fram nationella vårdprogram och utvecklar stöd till kvalitetsregister samt initiativ inom områdena forskning, läkemedel och inte minst nivåstrukturering.

I maj 2011 slöt regeringen och SKL en överenskommelse som syftade till att landstingen ska påbörja arbetet med en nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta och särskilt svårbemästrade cancersjukdomar.[22] Syftet med nivåstruktureringen är att öka vårdkvaliteten och få förbättrade vårdresultat, att erhålla ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser och att stärka förutsättningarna för klinisk forskning. Det ska dessutom vara värdeskapande för patienten och vara baserat på ett patientfokuserat synsätt.

Enligt överenskommelsen ska den nationella samordningen och nivåstruktureringen omfatta sådana cancersjukdomar eller åtgärder som bör koncentreras till färre än sex platser i landet därför att de har låg volym, eller kräver omfattande kunskap och kompetens eller kräver avancerad teknisk utrustning.

I september 2013 publicerade SKL en rapport som belyser hur nationell samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen bör utvecklas så att särskilda vårdinsatser kan koncentreras till ett fåtal vårdgivare. I rapporten lämnades förslag till arbetsprocess och beslutsordning samt förslag på tre pilotområden, bl.a. kirurgisk behandling av peniscancer.[23]

I rapporten framhålls att nivåstrukturering ska vara en del i kunskapsstyrningen av cancervården i de nationella vårdprogram som utarbetas inom cancerområdet. Varje RCC har som en av sina centrala uppgifter att medverka till en optimal nivåstrukturering av cancervården inom sin sjukvårdsregion.

[22] Regeringskansliet, Socialdepartementet, Sveriges kommuner och landsting. Ännu bättre cancervård överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om insatser inom ramen för den nationella cancerstrategin. Stockholm: 2011.
[23] Sveriges Kommuner och Landsting. Insatser inom cancerstrategin 2011-2013. Nivåstrukturerad cancervård – för patientens bästa. En rapport från uppdraget om nationell samordning av delar av den högspecialiserade cancervården. Stockholm: 2013.

## BeredningS- och beslutsprocessen för den nationella nivåstruktureringen

Förslag på cancerdiagnoser som bör nivåstruktureras lämnas till RCC i samverkan och kan inkomma från någon av de sex RCC, enskilda landsting, specialitetsföreningar, sektioner eller patientorganisationer med stöd av RCC. RCC i samverkan föreslår en prioritering utifrån de förslag som inkommer.

Den nationella beredningsprocessen för att nivåstrukturera viss cancervård inleds med att en medicinsk sakkunniggrupp med representanter utsedda av respektive RCC, förstärkt med patientföreträdare, bedömer vad som är god kvalitet och vad som bör utföras på vilken vårdnivå vid en given vårdinsats. Sakkunniggruppen bedömer även vid hur många vårdenheter en given vårdinsats bör utföras med utgångspunkt från god kvalitet för patienten.

Sakkunniggruppens underlag bereds sedan av en nationell arbetsgrupp, beslut tas i samverkansgruppen för RCC, stäms av med landstingens tjänstemannaledningar (landstingsdirektörer och hälso- och sjukvårdsdirektörer) och sjukvårdsdelegationen på SKL och skickas sedan på remiss till landstingen. Samtidigt som remissen går ut får landstingen frågan om vilka som anser sig kunna utföra den aktuella vårdinsatsen med de krav och kriterier som är uppställda. Mot bakgrund av remissvaren utformar RCC i samverkan sedan en beslutsrekommendation som sjukvårdshuvudmännen får ta ställning till. De formella besluten fattas av respektive landsting eller i vissa fall av sjukvårdsregionen.

Från och med den 1 januari 2015 utförs kirurgisk behandling av peniscancer endast vid Skåne Universitetssjukhus i Malmö och Universitetssjukhuset i Örebro. Det här är det första beslutet om nationell nivåstrukturering inom ramen för cancersamarbetet. Den beredningS- och beslutsprocess som ledde fram till beslutet tog cirka två år och ytterligare ett år innan beslutet kunde träda ikraft. Ytterligare sju förslag om koncentration har remissbehandlats under sommaren 2015 och beslut planeras till årsskiftet 2015/2016. Samtidigt började sju nya sakkunniggrupper sitt arbete i juni 2015.

Det regionala nivåstruktureringsarbetet av cancervården samordnas och drivs av respektive RCC. Hur arbetet bedrivs varierar mellan sjukvårdsregionerna och beror bl.a. på hur respektive region

valt att placera och hantera RCC rent organisatoriskt och vilket beslutsmandat som finns i sjukvårdsregionenens samverkansnämnd.

## Brister och utvecklinsområden inom dagens system för samordning av cancervården

Inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av viss cancervård har landstingen hitintills bara tagit ett gemensamt nationellt beslut om att koncentrera kirurgi vid peniscancer till två platser i landet. Åtgärden berör ett hundratal patienter årligen. Även denna landstingsstyrda process har visat sig vara trögrörlig. En anledning till att arbetet har tagit tid är att det saknas en landstingsgemensam beslutsplattform. I stället måste samtliga beslut förankras och beslutas i samtliga landsting. Det har även saknats ett gemensamt arbetssätt för att utreda områden. Nu finns rutiner, organisation och mallar på plats, varför det kan förväntas att takten i beredningss- och beslutsprocessen ökar något framöver.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att stödja och följa uppbyggnaden av de regionala centrumen under perioden 2013–2015. Uppföljningen sker genom årliga platsbesök på samtliga RCC. Myndigheten ska genom dialog stödja och stimulera arbetet, dokumentera hur arbetet med uppbyggnaden fortlöper, identifiera svårigheter och utmaningar och följa upp effekterna av etableringen ur olika intressentperspektiv. I uppdraget[24] ingår också att identifiera frågor inom cancerområdet där ytterligare initiativ kan behöva tas, liksom att lyfta fram framgångsfaktorer för arbetet.

Den senaste uppföljningsrapporten från Socialstyrelsen avser 2014 och gäller de kriterier som centrumen skulle ha uppfyllt till år två efter starten, dvs. 2012 eller 2013 beroende på när de sex RCC inrättades. Enligt dessa krav ska det bl.a. finnas en långsiktig utvecklingsplan för sjukvårdsregionens cancervård och en plan för nivåstrukturering som båda är beslutade av landstings- och regionledningarna.

Planen för nivåstrukturering ska innehålla beslutsunderlag för nivåstrukturering och ska leda fram till en beskrivning av vilka cancersjukdomar som ska behandlas var i sjukvårdsregionen med olika

[24] Socialstyrelsen. Uppföljning av regionala cancercentrum 2014 – Uppbyggnad, styrkor och utmaningar. Stockholm: 2015.

kirurgiska, medicinska, strålmedicinska och rehabiliteringsmedicinska metoder. I planen ska alla större cancerformer definieras utifrån de patientvolymer, kompetenser, tekniska utrustningar och andra faktorer som krävs för att erbjuda vård av hög kvalitet. Planen ska också beskriva de mindre vanliga cancerformer som ska behandlas vid ett centrum i regionen, liksom den vård som är lämpad för decentralisering. Dessutom ska den innehålla en beskrivning av vilka behandlingar eller diagnostiska metoder som ska genomföras utanför regionen. Nivåstruktureringsplanen ska vara genomförd fyra år efter starten, vilket är som senast 2015. En del RCC släpar dock efter i sitt arbete.

Enligt Socialstyrelsens uppföljningsrapport[25] har tre RCC fattat beslut om en plan för nivåstrukturering, men för de övriga tre har detta varit ett svårt kriterium att uppfylla och mycket arbete återstår. De RCC som enligt Socialstyrelsen lyckats uppfylla kriterierna för nivåstrukturering är RCC Norr, RCC Väst och RCC Stockholm-Gotland.

I Socialstyrelsens rapport framkommer flera exempel på svårigheter med att nivåstrukturera cancervården inom respektive sjukvårdsregion.[26] Det framgår tydligt att sjukvårdsregionerna har kommit olika långt i sin regionala samverkan och att nivåstruktureringen av vården är en knäckfråga. Kliniker är redo att stärka sin verksamhet för att uppfylla de kriterier som sätts upp, men det är svårt att hantera frågan om koncentration, dvs. vilken klinik som ska hantera vilken cancerform.

## 7.5 Sällsynta diagnoser

Sällsynta diagnoser är ett samlingsnamn för sjukdomar som är ovanliga och som finns hos högst 100 personer per miljon invånare och leder till omfattande funktionsnedsättningar. Antalet personer med en specifik diagnos är få, men sammantaget är emellertid gruppen personer med sällsynta diagnoser relativt stor. Antalet personer med sällsynta diagnoser växer också när den medicinska forskningen går framåt och allt fler diagnoser upptäcks. Den ibland bristande till-

[25] Socialstyrelsen. Uppföljning av regionala cancercentrum 2014 – Uppbyggnad, styrkor och utmaningar. Stockholm: 2015.
[26] Ibid.

gången till rätt hälso- och sjukvård och det stora behovet av samordning inom hälso- och sjukvården och med andra samhällsaktörer, gör att sällsynta diagnoser gärna förs på tal då frågan om nivåstrukturering av den högspecialiserade vården diskuteras.

De flesta sjukdomarna är genetiska och ger i många fall allvarliga problem, med tidig debut och ett livslångt förlopp. Sällsyntheten utmanar hälso- och sjukvårdens strukturer. Sjukdomarna är ofta komplexa och symptomen allvarliga, vilket gör att de drabbade många gånger behöver ha många kontakter med hälso- och sjukvården på olika vårdnivåer från diagnos till behandling. Det krävs därför en samordning mellan de eventuellt högspecialiserade insatserna och den lokala fasta vårdkontakten på primärvårdsnivå. Även kontakter med omsorgen och andra samhällssektorer krävs ofta. Kunskapen om sjukdomarna är i dagsläget fragmenterad och utspridd över landet, vilket kan skapa svårigheter i att få en tidig och korrekt diagnos samt adekvat behandling. Samordningsproblematiken för den enskilde och dess anhöriga är påfallande.

Det finns en medvetenhet hos både staten och landstingshuvudmännen om de svårigheter sällsyntheten innebär för enskilda och hälso- och sjukvårdssystemet i stort. Det har från statens sida därför gjorts insatser under årens lopp i syfte att utveckla och samordna stödet till målgruppen.[27]

## Behov av ökad nationell samordning och styrning

Dagens rikssjukvård har kommit att fokusera på sådan högspecialiserad hälso- och sjukvård som är av rikskaraktär och där det finns skäl utifrån vårdkvalitets- eller resursutnyttjandeperspektiv att definiera verksamheten som rikssjukvård. Sällsynta diagnoser har inte kommit att inkluderas i dagens rikssjukvård, trots behovet av ökad samordning och styrning för att förbättra vårdkvaliteten genom koncentration. Rikssjukvårdsnämnden konstaterade tidigt att sällsynta diagnoser inte per automatik bör ses som rikssjukvård och därmed inte är en fråga för nämnden. Däremot kunde vissa diagnoser och åtgärder bli aktuella att utreda för att eventuellt definieras

[27] Proposition 1992/93:159, om stöd och service till vissa funktionshindrade; Staten har även betalat ut riktade statsbidrag till enskilda institutioner i syfte att förbättra bemötande och vård av personer med sällsynta diagnoser, bl.a. Rett Center och Ågrenska stiftelsen.

som rikssjukvård.[28] När fler än landstingen och Socialstyrelsen fick föreslå lämpliga områden för rikssjukvård under våren 2015, föreslogs sällsynta diagnoser av patientföreningen Riksförbundet Sällsynta diagnoser. Huvudsyftet skulle vara att uppnå en nationell styrning som säkerställer att diagnoser med likaratade vårdbehov samlas vid samma enhet, öka patientvolymerna och förbättra samarbetet mellan den högspecialiserade vården och vårdgivaren på patientens hemort.[29]

Sedan 1990-talet finns en kunskapsdatabas för ovanliga diagnoser vid Socialstyrelsen. Informationscentrum för ovanliga diagnoser vid Göteborgs universitet ansvarar dock för produktion och uppdatering av kunskapsunderlaget i databasen. Målgruppen för databasen är både patienter, anhöriga och professioner samt andra yrkesverksamma personer som patienterna kommer i kontakt med. Informationscentrum besvarar frågor via telefon och tillhandahåller informationsmaterial. I dagsläget finns information om cirka 300 diagnoser.[30]

På uppdrag av regeringen inrättade Socialstyrelsen en nationell funktion för sällsynta diagnoser (NFSD) 2012. Funktionen placerades efter en upphandling på ett treårigt mandat vid Ågrenska stiftelsen. Funktionens huvuduppgift är förutom att bidra till samordningen inom hälso- och sjukvården och övriga samhällsaktörer även att samla, utveckla och sprida kunskap om sällsynta diagnoser och deras konsekvenser i hela livsperspektivet. Efter en förnyad upphandling är NFSD placerade vid Ågrenska fram till och med 2017.[31]

Det pågår i dagsläget ett regionalt utvecklingsarbete där centrum för sällsynta diagnoser håller på att etableras i respektive sjukvårdsregion. Den nationella funktionen stödjer tillsammans med en referensgrupp huvudmännen i detta arbete genom att ta fram gemensamma kriterier och mål för de expertteam som är placerade vid centrumen samt kartlägga vilken befintlig expertis som finns runt om i Sverige.[32] Tanken är att centrumen ska fungera som kompetenscentrum för sällsynta diagnoser.

[28] Socialstyrelsen. Utredningen om rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.
[29] Riksföreningen sällsynta diagnosers nomineringsunderlag till Socialstyrelsen.
[30] http://sahlgrenska.gu.se/ovanligadiagnoser
[31] Avtal mellan Socialstyrelsen och Ågrenska stiftelsen, Dnr 2.4-6887/2011-14. Avtalet förnyades under 2015 för ytterligare 3 år.
[32] Nationella funktionen för sällsynta diagnoser, styrdokument.

Centrumen samlar expertteam som ansvarar för en sällsynt diagnos eller en grupp av diagnoser. Ett centrum kan ha flera expertteam under sig och ska vara knutet till universitetssjukvården i respektive sjukvårdsregion. Teamen ska, enligt de mål och kriterier som tagits fram för deras verksamhet, bl.a. ansvara för att ta fram, upprätthålla och kommunicera kunskap om diagnoserna, samordna de medicinska insatserna som en patient får från olika vårdgivare och vårdnivåer bl.a. genom att en fast läkarkontakt utses och teamen ska samverka med övriga kompetenscentrum runt om i landet.

Det är dock upp till huvudmännen i respektive sjukvårdsregion att etablera ett kompetenscentrum, avgöra vilken kompetens expertteamen vid det enskilda centrumet ska omfatta och även avgöra dess uppdrag och förutsättningar. Detta innebär att centrumen har olika förutsättningar och att flera kompetenscentrum kan omfatta expertteam som delvis täcker samma diagnoser. Effekten blir att många patienter med särskilda diagnoser saknar en nationell ”hemvist” i vården.

Den nationella funktionen har påbörjat ett arbete med att ta fram nationella behandlingsrekommendationer för sällsynta diagnoser inom ramen för regeringens nationella strategi för personer med kroniska sjukdomar. Syftet med de framtida behandlingsrekommendationerna är att utgöra ett kortfattat och praktiskt anpassat stöd för vårdpersonal som kommer i kontakt med personer som har sällsynta diagnoser och deras närstående.[33]

## 7.6 Andra exempel på nivåstrukturering

### En samordnad barnintensivvård

Svensk Förening för Anestesi- och Intensivvård (SFAI), Barnläkarföreningen (BLF) och Svensk Barnkirurgisk förening har gemensamt tagit fram riktlinjer för hur barnintensivvården i Sverige kan förbättras.[34] Riktlinjerna har ett tydligt patientfokus. Föreningarna konstaterar i sin rapport att kritiskt sjuka barn har specifika fysio-

[33] Nationella funktionen för sällsynta diagnoser. Förslag till riktlinjer och mallar för arbetet med nationella behandlingsrekommendationer, styrdokument.
[34] Svensk förening för anestesi- och intensivvård, Barnläkarföreningen, Svensk Barnkirurgisk förening. Jämlik barnintensivvård. 2014.

logiska, medicinska, tekniska och omvårdnadsmässiga behov, vilket ställer särskilda kompetenskrav på hela vårdkedjan inklusive transporter.

I nuläget sker drygt hälften av all barnintensivvård på s.k. allmänintensivvårdsavdelningar (allmän-IVA) som inte är specialiserade på barn och deras behov. Enligt rapporten ökar risken för vårdskador och komplikationer för de barn som vårdas på allmän-IVA. Särskilda barnintensivvårdsavdelningar (barn-IVA) finns för närvarande i Göteborg, Lund, Stockholm och Uppsala. Föreningen anser att fler svårt sjuka och skadade barn bör få tillgång till denna specialistkunskap. Behovet, inte slumpen, bör styra vilka svårt sjuka barn som vårdas på landets barnintensivavdelningar.

Föreningarna anser att det är särskilt angeläget att barn under tre års ålder vårdas på någon av de särskilda barn-IVA. Tillgången till denna specialistkunskap ska möjliggöras genom en tydligare och mer systematisk samordning på nationell och regional nivå.

Föreningarna föreslår ingen förändring i antalet barn-IVA. I stället föreslås att kompetensen och platserna på barn-IVA bör ses som en nationell resurs i stället för en regional. Samordningen ska möjliggöras genom inrättandet av en särskild nationell funktion för att överblicka var lediga platser finns och se till att rätt barn prioriteras till barn-IVA. Den nationella funktionen ska även ha överblick över tillgängliga transportteam specialiserade på barn. Dessutom bör regionala nätverk för erfarenhets- och kunskapsutbyte etableras runt de fyra specialistenheterna i landet. Den ökade samordningen ska även uppnås genom att kraven på kompetens och bemanning blir mer likriktad för befintliga barn-IVA.

Föreningarna konstaterar att denna samordning och ambitionshöjning förutsätter en välorganiserad och dimensionerad transportfunktion med specialistteam för barn och tillräckligt många platser på barn-IVA.

### Nationell högspecialiserad vårdenhet för patienter med svåra och omfattande självskadebeteenden

Regeringen och Sveriges kommuner och landsting har inom ramen för en överenskommelse från oktober 2011 kommit överens om att utveckla och samordna insatserna för att minska antalet unga med självskadebeteende. Inrättandet av två nationella högspecialiserade

vårdenheter för patienter med svårt och omfattande självskadebeteende föreslås inom ramen för detta arbete.[35]

Det konstateras i slutrapporten för projektet att patienter med svåra och omfattande självskadebeteenden sällan får den vård de behöver. Den vård som erbjuds varierar därför mellan landstingen. Ofta är den psykiatriska problembilden komplex och hemlandstingen har därför svårt att erbjuda tillräckligt kvalificerad heldygnsvård. Detta har lett till att patienterna ofta remitteras till regionnivå där rättspsykiatrin blir enda behandlingsalternativet. Ökat lidande för vårdtagaren, ett onödigt bruk av tvångsvård och tvångsåtgärder, ett allt för kortsiktigt fokus i insatserna och en otillräcklig säkerhet för både vårdtagare och vårdpersonal blir följden av den nuvarande hanteringen. En vård med fokus på akuta, kortsiktiga insatser riskerar också att kräva stora vårdresurser och vara svårförutsägbar, vilket blir mycket belastande för vårdorganisationen.

De högspecialiserade vårdenheterna föreslås fungera som kompetenscentrum och bedriva både forskning och utveckling samt bidra till kunskapsutbytet på området. Vårdenheterna ska även kunna erbjuda högspecialiserat konsultstöd kring vården av dessa patientgrupper till psykiatriska verksamheter. Med hjälp av konsultstöd kan vården eventuellt fortsätta i hemlandstinget eller så blir konsultstödet ett led i förberedelserna inför flytt av patienten till den nationella enheten. Konsultstödet ska även kunna fungera som en del i utslussningen när patienten är på väg att lämna den högspecialiserade kliniken. De nationella klinikerna föreslås också kunna erbjuda högspecialiserad slutenvård för de mest vårdbehövande patienterna och ska bedrivas i nära samarbete med både anhöriga och vårdgivare på patientens hemort. Som ett led i kunskapsutbytet föreslås personalutbyte mellan hemklinikerna och den högspecialiserade kliniken.

[35] Sveriges kommuner och landsting. Beskrivning av en tänkt nationell högspecialiserad vårdenhet avsedd för personer med mycket allvarligt självskadebeteende. Stockholm: 2014.

## 7.7 Nordisk samverkan

Hälso- och sjukvård är ett av de samarbetsområden som de nordiska länderna samlats kring under årens lopp inom ramen för Nordiska rådet och ministerrådet. De nordiska länderna var t.ex. tidigt ute med att förenkla rörligheten för de nordiska patienterna.

2013 gav Nordiska ministerrådet Bo Könberg i uppgift att ta fram en rapport om ett förstärkt nordiskt samarbete om hälso- och sjukvård. Ingångsvärdet var att förslagen skulle kunna genomföras inom en 5–10 års period. Könberg vittnar i sin slutrapport om att mycket samarbete pågår och att samtliga nordiska länder vill utvidga och stärka samarbetet på hälsoområdet.[36] I hans arbete har det dessutom framkommit att länderna visar stort intresse för mer samarbete om högspecialiserade behandlingar.

Av de 14 förslag som Könberg lyfter fram är främst två intressanta ur utredningens perspektiv, stärkt samarbete om högspecialiserad behandling i Norden (förslag nummer 2) och etablera nordiskt nätverk kring sällsynta diagnoser (förslag nummer 3).

Könberg konstaterar i sin rapport att många aktiviteter pågår om den högspecialiserade vården, bl.a. avseende gemensamma diagnos- och behandlingsriktlinjer, kvalitetsregister och kompetensutbyte mellan professionen. Könberg föreslår att en gemensam beredningsgrupp för högspecialiserad behandling etableras på nordisk nivå. Beredningsgruppen ska fungera som ett forum för en regelbunden dialog mellan länderna om behoven och möjligheterna för samarbetsinitiativ på området. Däri ligger bl.a. att diskutera förutsättningarna för initiativens genomförande så som klarlägga juridiska hinder för ett välfungerande samarbete och synliggöra var det kan skapas vinster genom samarbete t.ex. samarbete om inköp av dyr teknologi.

Även på området sällsynta diagnoser finns det sedan tidigare etablerade samarbeten på nordisk nivå, bl.a. informationsutbytet via Rarelink, som är en nordisk länksamling för ovanliga diagnoser. Könberg understryker värdet i det arbete som pågår på området sällsynta diagnoser och vill både stärka och samordna det ytterligare. Könberg föreslår därför att länderna upprättar ett nordiskt nätverk i syfte att säkra kontinuiteten.

[36] Nordiska ministerrådet. Det framtida nordiska hälsossamarbetet. 2014.

Nordiska ministerrådet har beslutat att arbeta vidare med båda förslagen. Hur en beredningsgrupp för högspecialiserade behandlingar ska kunna inrättas bereds för närvarande inom ministerrådet. En arbetsgrupp har tillsatts för att ta fram ett mandat för ett nytt nätverk för sällsynta diagnoser och finansiering är säkrad t.o.m. 2017.

## 7.8 Europeiska referensnätverk

Sedan den 1 oktober 2013 har personer som är bosatta i Sverige rätt att söka ersättning hos Försäkringskassan för vård i ett annat EES-land genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Lagstiftningen följer av det så kallade patientrörlighetsdirektivet.[37] Patientrörlighetsdirektivet syftar till att göra det lättare att få tillgång till säker gränsöverskridande hälso- och sjukvård av god kvalitet och uppmuntra till samarbete mellan medlemsstaterna på hälso- och sjukvårdsområdet. Lagstiftningen är en formalisering av det förfarande som vuxit fram ur rättspraxis från EU-domstolen, där det har konstaterats att hälso- och sjukvård ska omfattas av EUF-fördragets regler om den fria rörligheten för tjänster.

Som ett led i möjligheten till en ökad patientrörlighet över medlemsstatsgränserna, öppnar patientrörlighetsdirektivet upp för ett ökat samarbete mellan medlemsstaterna om högspecialiserad vård. Så kallade Europeiska referensnätverk ska upprättas runt om i medlemsstaterna och en etablering planeras att påbörjas under 2016. Syftet med upprättandet av referensnätverk är att tillgängliggöra förbättrad och snabb diagnostik, möjliggöra ett effektivt resursutnyttjande genom en koncentration av kunskap och behandling samt underlätta experternas rörlighet, virtuellt eller i verkligheten och sprida kunskap. Samarbetet vårdgivare emellan är helt frivilligt, men ska underlättas av medlemsstaterna.

Högt specialiserad hälso- och sjukvård definieras av EU som hälso- och sjukvård som avser en bestämd sjukdom eller ett bestämt sjukdomstillstånd av särskilt komplex karaktär vad beträffar diagnos,

[37] Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

behandling eller förvaltning och som medför höga kostnader för den behandling och de resurser som används.[38]

Ett referensnätverk ska bestå av minst tio vårdgivare som är etablerade i minst åtta medlemsstater och ska avse ett specifikt kompetensområde. Det finns inga begränsningar i vilka kompetensområden som kan väljas. Emellertid pekas sällsynta eller sällan förekommande komplexa sjukdomar eller tillstånd särskilt ut i både patientrörlighetsdirektivet och efterföljande genomförande- och delegerade beslut. Medlemsstaterna ska godkänna vårdgivarnas deltagande i referensnätverken så att det överensstämmer med respektive medlemsstats nationella lagstiftning. En styrelse bestående av medlemsstater ska godkänna eller avslå förslag till nätverk, medlemskap i dessa och upphörande av ett nätverk.[39]

Alla nätverk och deras medlemmar ska regelbundet utvärderas, minst vart femte år. Utvärderingen ska ske av ett särskilt organ som kommissionen upphandlar. Utvärderingen ska kontrollera och bedöma om angivna mål i patientrörlighetsdirektivet och de kriterier och villkor som anges i det delegerade beslutet har uppnåtts, nätverkets resultat och funktion och varje medlemsstats bidrag.

I takt med att patienters rörlighet ökar både inom och utanför Sveriges gränser, ökar konkurrensen mellan vårdgivarna. Undersökningar visar att patienterna främst värdesätter kvaliteten på den hälso- och sjukvård som tillhandahålls (se även kapitel 3). Kvaliteten kan därför tänkas vara avgörande i patientens val av vårdgivare. Arbetet med att öka patientvolymerna och uppnå en bättre kvalitet kan i sin tur öka vårdgivarnas incitament att koncentrera vårdresurser både nationellt och på europeisk nivå.

[38] Kommissionens genomförandebeslut av den 10 mars 2014 om fastställande av kriterier för etablering och utvärdering av europeiska referensnätverk och deras medlemmar samt för att underlätta utbyte av information och sakkunskap om etablering och utvärdering av sådana nätverk (2014/287/EU), kommissionens delegerade beslut av den 10 mars 2014 om fastställande av kriterier och villkor som europeiska referensnätverk och vårdgivare som vill gå med i ett europeiskt referensnätverk måste uppfylla (2014/286/EU).
[39] Ibid.

# 8 Sambandet mellan volym och kvalitet

**Utredningens bedömning:** Den vetenskapliga litteraturen visar entydigt när det gäller områden som kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder att sjukhus och personal som har gjort många åtgärder eller ingrepp uppvisar bättre patientresultat i form av minskad dödlighet, färre komplikationer och bättre funktionsförmåga. Utifrån litteraturgenomgången och egna analyser av svenska data anser utredningen att riktmärken för sjukhus bör vara minst inom intervallet 50–100 åtgärder eller ingrepp per år och att varje individ eller team bör göra minst 30 åtgärder per år för att uppnå god kvalitet. Även trauma- och akutvård vinner på att koncentreras. Inom andra områden som diagnostik, psykiatri m.m. saknas i stor utsträckning studier, men utgångspunkten är att träning ger färdighet inom alla områden.

Många svenska sjukhus gör färre än tio operationer per år av komplicerade ingrepp och endast marginell koncentration har gjorts i landstingen under det senaste decenniet.

Många andra faktorer påverkar hur det går för patienterna, men volym är en oberoende faktor som hälso- och sjukvården kan organiseras utifrån. Det är också viktigt att mäta och rapportera hur det går för patienterna.

Resultaten och kvaliteten i hälso- och sjukvården är beroende av ett flertal faktorer som organisation och resurser, ledningens kompetens och förmåga att stimulera personalen, den individuella läkarens och teamets skicklighet, tillgängliga kringresurser, möjligheter att mäta patientutfall, forskning och fortbildning, en öppen och kontinuerlig lärandeprocess samt möjligheter att få träna m.m. I detta kapitel

tar vi upp vikten av att träna och få erfarenheter för att kunna uppnå goda resultat.

Träning ger färdighet inom alla verksamhetsområden. Skickligheten kan dock ha olika karaktär. Ibland är det mer en mekanisk skicklighet som t.ex. för kirurger, ortopeder, musiker och idrottsmän. Den typen av färdighet gäller även för akuta medicinska åtgärder och kräver oftast en kontinuerlig träning för att man ska upprätthålla tillräcklig kompetens och kvalitet. Annan typ av färdighet kan vara förmågan att analysera nya och komplexa problem eller att snabbt kunna ta fram evidensbaserad kunskap. Volymer eller hur mycket man behöver träna varierar sannolikt för olika verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Vi redovisar här tillgängligt vetenskapligt underlag kring frågan om sambandet mellan volym och patientutfall. De flesta studierna som publicerats rör mekanisk skicklighet som kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder. Här kan det gå att uppskatta riktvärden för nödvändiga volymer. På andra områden saknas i stor utsträckning studier kring volymer, men det finns ”beprövad erfarenhet” hos hälso- och sjukvårdspersonal som då får användas för att bedöma vilka volymer som behövs.

Studierna rör såväl sambandet mellan sjukhusets volym och resultat som den enskilda behandlarens volym och resultat. När det gäller eventuella fördelar av att sjukhuset och inte bara den individuella sjukvårdspersonalen har stor erfarenhet, kan det röra sig om större möjligheter att lära av varandra och på så sätt upprätthålla kompetens, mer samlade resurser och bättre möjligheter att organisera och utnyttja resurserna för jour, semester och sjukdom.

Det finns naturligtvis även tänkbara nackdelar av att stora sjukhus hanterar stora volymer. Om det är många läkare som delar på ingreppen eller åtgärderna kan volymen för den enskilda läkaren ändå bli låg. Ökad personalrörlighet i operationsteamen vid större sjukhus kan också tänkas ha negativa effekter på hur det går för patienterna mot bakgrund av bl.a. bristande kontinuitet och brister i informationsöverföring. Det finns en del vetenskapligt underlag som pekar på att stora sjukhus har högre kostnader och brister i effektivitet.

Andra nackdelar av en ökad koncentration kan vara längre resvägar för patienter och anhöriga. Diagnostik, omvårdnad och reha-

bilitering ska dock i största möjliga utsträckning ske lokalt så tiden man är borta från hemorten blir relativt kort.

Kapitlet redovisar de vetenskapliga underlagen för samband mellan patientutfall och sjukhusets respektive den enskilde behandlarens volym. Om vården koncentreras i större utsträckning kan det påverka möjligheterna att bedriva akutverksamhet på en del sjukhus. Vi redovisar därför även studier av hur volymen inom trauma- och akutvård påverkar hur det går för patienterna.

Utredningen har även tillsammans med Socialstyrelsen analyserat svenska data kring sambanden mellan sjukhusvolym och dödlighet.

De analyser som utredningen gjort kring volym har hela tiden patienternas hälsa och livskvalitet i fokus. Vi tar i detta kapitel inte hänsyn till andra konsekvenser av volym, t.ex. organisation och arbetsmarknadsskäl.

## 8.1 Träning ger färdighet

Att träning ger färdighet är för de flesta en självklarhet. Hela vårt utbildningsväsende syftar till att först lära barn att skriva och räkna till att sedan lära sig alltmer avancerade kunskaper om t.ex. samhälle, språk, natur, biologi och historia. Precis som i alla yrken utvecklas man som läkare, sjuksköterska eller annan vårdpersonal desto fler år man arbetat. Den snabba utvecklingen av ny kunskap gör att man dessutom behöver fortbilda sig. Specialiseringen är ett svar på vetskapen att det är omöjligt att hålla sig à jour med all ny medicinsk kunskap. För många mer sällan förekommande sjukdomar och problem är antalet patienter alldeles för litet för att hälso- och sjukvårdspersonal lokalt ska få tillräckligt med träning och erfarenhet för att säkerställa god kvalitet.

Utgångspunkten är att praktik och träning ger färdighet inom alla delar av hälso- och sjukvården. Erfarenhet är generellt bra för alla verksamheter, men ur patientsäkerhetssynpunkt är kirurgin dock mycket viktig eftersom den står för cirka 50 procent av alla vårdskador i Sverige.[1–2] (*observera att referenslista återfinns sist i detta kapitel*) Kostnaderna för vårdskador uppskattades år 2009 till 1,4 miljarder kronor. Hur mycket man behöver träna beror naturligtvis på hur komplicerad diagnostiken eller behandlingen är. Kirurgi är i stor utsträckning ett hantverk som kräver träning. Att avläsa bilder och

andra provsvar och ställa rätt frågor för att fastställa en diagnos kräver också stor erfarenhet. Om det snarare handlar om att skriva ut rätt läkemedel i stället för att göra ett kirurgiskt ingrepp och det finns etablerade riktlinjer och vårdprogram, behövs sannolikt mindre träning för att fatta ett kunskapsbaserat beslut.

Det nationella vårdprogrammet för kronisk myeloisk leukemi anger att läkemedel i tablettform, så kallade tyrosinkinashämmare, kan vara effektivt för att behandla sjukdomen.[3] Om hälso- och sjukvårdspersonal följer utarbetade vårdprogram för kronisk myeloisk leukemi behövs kanske inte samma kontinuerliga mängdträning som för mer mekaniska färdigheter. Erfarenheter visar dock att all personal inte följer tillgängliga riktlinjer och vårdprogram. Övergår sjukdomen i en akut fas bör den bedrivas vid specialiserade hematologenheter där det finns tillräcklig kunskap och resurser dygnet runt, året runt för att hantera svåra överväganden och komplikationer som kan uppstå.[4] Vården behöver då koncentreras.

Forskningen har visat att även bland de som bedömdes tillhöra eliten inom sin verksamhet, fanns det individuella skillnader där de som var bäst hade tränat eller praktiserat mest.[5] Det som man tidigare trott var talang visade sig oftast mer bero på intensiv träning under minimum tio år.[5] Många studier gällde idrottsmän, schackspelare och musiker, men det finns studier som också pekar på att diagnostiska röntgenundersökningar[6] och annan medicinsk diagnostik[7] kräver minst tio års erfarenhet för att uppnå excellens. Självklart finns det många andra faktorer som påverkar de som blir bäst inom sitt område. Motivation att under lång tid vilja träna och utvecklas, möjligheterna att få direkt återföring av sin prestation och stöd från omgivande struktur är andra viktiga förutsättningar.

Slutsatsen verkar självklar, desto mer man tränar desto bättre blir man. Stora idrottsmän eller musiker har lagt ner 1 000-tals timmar för att uppnå den skicklighet de har. Konsekvenserna kan dock variera mellan olika yrken. En idrottsman som inte lyckas slutar och ägnar sig åt något annat. En statlig utredare som misslyckas får inget nytt uppdrag och beslutsfattarna struntar i utredningen. Men när kirurgen misslyckas kan patienten dö eller få långvariga komplikationer med försämrad livskvalitet och ökade vårdkostnader som följd. Låt oss närmare analysera vilka volymer som bör uppnås för att man ska kunna få en god kvalitet i vården. Sedan måste naturligtvis andra

aspekter som hur akut tillståndet är, behovet av att patienterna har närhet till sin bostadsort och sjukhusets kringresurser också beaktas.

Oron har länge funnits hos kirurger för att antalet operationer är för få och att få kirurger når upp till det antal operationstimmar som är nödvändiga för att upprätthålla hög kompetens.[8-10] Fyra kirurgprofessorer skrev redan 2003 att svenska kirurger var alltför otränade och att en koncentration var nödvändig.[10] Situationen har inte blivit bättre sedan dess. Nilsson skisserar i sin artikel att ett möjligt scenario är att det år 2013 var 55 sjukhus som gör koloncanceroperationer och 47 som gör rektalcanceroperationer, men att det år 2023 kan vara tal om 25 respektive 15 sjukhus[9], vilket skulle vara en kraftig koncentration för vården av patienter med kolorektalcancer.

## 8.2 Metodologiska överväganden

Studier som analyserat sambandet mellan volym och resultat är av naturliga skäl observationsstudier med sina begränsningar. Det har inte varit möjligt att randomisera vilka patienter som skulle åtgärdas på sjukhus med små respektive stora volymer. Det är därför viktigt att i vetenskapliga analyser justera för andra faktorer som kan påverka resultaten. Det kan t.ex. vara så att patienter med svåra problem remitteras till större sjukhus med mer samlade resurser och högre volymer. I så fall kanske effekten av volym underskattas. Å andra sidan kanske man inte remitterar äldre patienter utan tar hand om dem lokalt. I så fall kanske man överskattar effekterna av volym om analyserna inte tar hänsyn till patienternas åldersfördelning. Personalrörligheten kan sannolikt vara större på större sjukhus med högre volymer och i så fall kan sambandet med volym underskattas. Personalrörlighet har studierna generellt inte tagit hänsyn till i analyserna medan man nästan alltid kontrollerat för ålder och patienternas sjuklighet.

I kanske framför allt amerikanska studier kan det finnas en risk för selektionsfel (bias), dvs. att patienterna söker vård på sjukhus med bra resultat. Patienternas socioekonomiska bakgrund kan påverka utfallet, men i flera studier har man kontrollerat för patienternas etnicitet, inkomster, socioekonomiska position eller om man har privat försäkring. Detta bör minska riskerna för systematiska felslut.

### Tröskelvärde är inte optimal nivå

Tröskelvärdet kring volym definieras ofta som den volym som krävs för att patienterna inte ska lida skada. I praktiken väljer man den volymgrupp som har lägst risk. En del studier har då funnit ett relativt lågt tröskelvärde för tillfredsställande kvalitet för vissa typer av operationer, vilket sannolikt beror på att sjukhusen eller kirurgerna inte gjort fler operationer. Tröskelvärdet kan aldrig bli högre än det antal operationer som sjukhusen med de högsta volymerna har. En liten studie kunde inte visa någon statistiskt minskad risk efter 14 planerade operationer av bukaortaanerysm[11], men när en studie av samma operationstyp gjordes på ett större patientmaterial där sjukhusen hade större volymer låg tröskelvärdet på 32 operationer per år.[12] En ännu större studie för samma typ av operationer såg ett dos-responssamband, dvs. ju högre volymer desto bättre resultat, med ett tröskelvärde på över 50 operationer.[13] Ytterligare två andra studier där det fanns sjukhus med ännu högre volymer så låg tröskelvärdena på 61 respektive 79 operationer per år.[14–15] Sjukhus med ännu större volymer hade kanske visat ännu bättre resultat. Den fortsatta framställningen kommer att visa att desto vanligare sjukdomen eller problemet är, desto högre är tröskelvärdena. Optimala nivåer är betydligt högre än de tröskelvärden som studierna kunnat redovisa. Det här är ett metodologiskt problem som sällan diskuterats i litteraturen.

Faktorer som stärker sambandet mellan volym och resultat är storleken på effekten, samstämmigheten i resultat från olika studier och dos-responssamband. Med dos-responssamband menas att ju högre volymen är desto bättre resultat. Dessa faktorer diskuteras och analyseras i den fortsatta genomgången av den vetenskapliga litteraturen.

## 8.3 Ger ökad volym bättre resultat?

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har tidigare studerat sambandet mellan volym och kvalitet[16] och SBU:s upplysningstjänst har nu gjort en uppdatering av litteraturen.[17] Samtliga systematiska översikter har utan undantag visat på ett positivt samband. Högre volym leder till bättre resultat, dvs. lägre dödlighet och färre komplikationer. Definitionen av vad som är låg eller

hög volym varierar för olika ingrepp. Ingen översikt har visat några negativa effekter av hög volym.

Volym kan både avse hur många operationer den enskilda kirurgen eller teamet gör per år och hur många operationer som kliniken eller sjukhuset totalt gör. Översikterna visar att båda spelar roll, men fyra översikter kom till slutsatsen att kirurgvolym har större betydelse för resultatet än sjukhusvolym.[16]

## 8.4 Samband sjukhusvolym och patientutfall

### Många sjukhus gör få ingrepp

En redovisning av antalet ingrepp som görs på sjukhus i Sverige visar tydligt att många sjukhus gör färre än tio eller 20 ingrepp för specifika åtgärder. I Sverige gjorde år 2013 17 sjukhus färre än tio njurcanceroperationer per år och tio sjukhus gjorde färre än fem.[18] För mer avancerade radikala prostatektomier gjorde tio sjukhus i Sverige år 2013 färre än tio operationer per år och 30 av 36 sjukhus gjorde färre än 100 per år.[19] Utredningen skickade också ut en enkät till 59 sjukhus och fick svar från 37 (63 % svarsfrekvens) om de utförde olika typer av operationer. Resultaten får tolkas försiktigt, men bypassoperationer har koncentrerats i stor utsträckning. Nästan alla sjukhus gör ett vanligt ingrepp som total höftledsplastik, men många gör också kolon- och rektumresektioner. Förutom bypassoperationer ser man i Riks-Stroke en viss minskning av antalet sjukhus som tar hand om akuta patienter med stroke. År 2005 var det 82 sjukhus och år 2013 72 sjukhus.[20]

På Martinikliniken i Tyskland görs drygt 2 000 prostatektomier[21–22] med hälften så höga komplikationsfrekvenser (inkontinens och impotens) som i Sverige. Nu är det sannolikt inte bara den höga volymen som förklarar Martinikliniken goda resultat, utan hela strukturen och det systematiska förbättringsarbetet.[22] Men, volymen har betydelse oberoende av andra faktorer som också påverkar resultaten.

## Har sjukhusvården koncentrerats i Sverige?

Svårigheterna i kirurgiska ingrepp varierar, en del är enklare, andra betydligt mer komplicerade. Tekniken kan också vara likartad även om det inte är samma operation. Utredningen har därför med hjälp av kirurgisk kompetens grupperat 368 avancerade operationer i grupper som är homogena i bemärkelsen att de innehåller åtgärder på samma organ eller vävnadstyp och bland dessa identifierat 77 grupper där det ingår en eller flera åtgärder som bedömts vara särskilt avancerade (se bilaga 4). Utredningen har med hjälp av data från patientregistret vid Socialstyrelsen summerat antal vårdtillfällen som för var och en av dessa 77 komplicerade grupper gjorts på sjukhus med en volym på 1–9, 10–19, 20–49, 50–99 respektive mer än 100 operationer per år under perioden 2000–2013. Andelarna i procent redovisas i tabell 8:1.

Under dessa fjorton år ser man enbart mycket små förändringar. Andelen vårdtillfällen/operationer på sjukhus som gör färre än tio operationer per år har under fjorton år minskat från 8,3 procent till sju procent. Å andra sidan har andelen vårdtillfällen/operationer som gjorts på sjukhus med fler än 100 operationer per år snarare sjunkit än ökat. Vi konstaterar att den kirurgiska vården i Sverige inte har koncentrerats i någon märkbar omfattning under denna tidsperiod.

Vi har också studerat om antalet sjukhus som gör få eller många operationer har förändrats över tiden. Antal sjukhus som totalt gör färre än 10 operationer per år i dessa 77 komplicerade grupper har inte heller förändrats i någon omfattning. Lite drygt tio procent av sjukhusen gör över 50 operationer per år och enbart 4,3 procent av sjukhusen gör över 100 operationer per år i dessa grupper.

**Tabell 8.1** **Total andel åtgärder (%) som för var och en av 77 komplicerade grupper gjorts på sjukhus med en volym på 1–9, 10–19, 20–49, 50–99 respektive mer än 100 operationer per operationstyp och år 2000–2013**

| År | 1–9 | 10–19 | 20–49 | 50–99 | 100+ | Totalt antal |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 2000 | 8,3 | 6,3 | 15,7 | 14,4 | 55,3 | 29 232 |
| 2001 | 8,4 | 6,6 | 15,8 | 13,8 | 55,5 | 29 675 |
| 2002 | 8,3 | 5,5 | 16,4 | 14,3 | 55,4 | 30 383 |
| 2003 | 7,8 | 5,3 | 15,2 | 14,0 | 57,8 | 31 881 |
| 2004 | 7,3 | 6,9 | 14,1 | 17,1 | 54,6 | 31 325 |
| 2005 | 7,7 | 5,7 | 15,3 | 16,2 | 55,1 | 31 295 |
| 2006 | 7,1 | 5,8 | 14,9 | 18,1 | 54,1 | 31 006 |
| 2007 | 6,7 | 5,3 | 16,1 | 18,0 | 54,0 | 32 124 |
| 2008 | 7,0 | 5,9 | 16,8 | 16,7 | 53,6 | 31 039 |
| 2009 | 7,6 | 5,7 | 17,7 | 18,5 | 50,4 | 30 480 |
| 2010 | 7,0 | 6,7 | 15,8 | 16,9 | 53,6 | 31 563 |
| 2011 | 7,4 | 5,3 | 16,1 | 16,2 | 55,0 | 31 148 |
| 2012 | 7,2 | 5,3 | 15,3 | 17,5 | 54,8 | 31 075 |
| 2013 | 7,0 | 6,0 | 16,4 | 16,2 | 54,3 | 30 736 |

*Källa*: Patientregistret, Socialstyrelsen

Studerar man de enskilda 77 grupperna ser man vissa marginella koncentrationer för ändtarmskirurgi, sköld- och bisköldkörtelkirurgi, käkkirurgi, bröstkörtelkirurgi, bröstvägg-, pleura- och diafragmakirurgi, levertransplantationer och prostatakirurgi. För de flesta av dessa 77 grupper syns dock inga trendförändringar och i några fall är det till och med fler sjukhus som nu gör färre än tio operationer per år. Förändringen från år 2000 till 2013 är totalt sett mycket blygsam. Trots diskussioner om behovet av koncentration har mycket lite hänt i landstingen.

## Vilken volym bör sjukhus ha?

Förekomsten av sjukdomen eller hälsoproblemet i ett upptagningsområde avgör möjligheterna att träna. Vården av mer sällsynta sjukdomar måste koncentreras mer än vanligt förekommande problem.

Ingreppets eller åtgärdens svårighetsgrad påverkar också kraven på hur stora volymerna bör vara.

I många studier har man sett ett dos-responssamband, dvs. desto högre volym desto bättre resultat[23–27] vilket ökar sannolikheten att det finns ett orsakssamband. En av de tidigaste studierna av Luft och medarbetare[23] visade för öppen hjärtkirurgi och kärlkirurgi att sjukhus som gjorde 100 operationer per år hade lägre dödlighet än de som gjorde färre, men sjukhus som gjorde 200 hade lägre dödlighet än de som gjorde 100 och att de som gjorde 300 operationer per år hade den lägsta dödligheten. En annan studie delade upp sjukhusen efter volym i fem lika delar, så kallade kvintiler.[15] Detta var en mycket stor studie som inkluderade 2,5 miljoner operationer. Även där sågs dos-responssamband med lägre dödlighet desto högre volym sjukhuset hade. Sambanden var samstämmiga oberoende av vilket ingrepp det gällde. Sjukhus i den högsta kvintilen hade alltid lägst risk. För ett vanligt ingrepp som bypasskirurgi låg den lägsta operationsdödligheten hos de sjukhus som opererade mer än 849 operationer per år. För hjärtklaffoperationer återfanns den lägsta risken hos sjukhus som opererade mer än 199 operationer. För operationer i halspulsådern och i tjocktarmen samt kärlkirurgi i nedre extremiteterna var riskerna lägst för de sjukhus som opererade mer än 164, 124 respektive 94 operationer per år. För mer sällsynta ingrepp låg operationsvolymerna på en lägre nivå.

Sjukhus som gör färre än 400 PCI–operationer (ballongvidgningar) per år och där kirurgen gör färre än 75 hade drygt fem gånger högre risk för komplikationer på sjukhus än sjukhus som gör fler än 400 operationer och där kirurgerna gör fler än 75 operationer per år.[24]

Ytterligare en annan studie visade dos-responssamband för bukaortaoperationer, fetmakirurgi och bypasskirurgi.[14] För bukaortaoperationer sjönk andelen komplikationer från högst i sjukhusgruppen där man gjorde färre än 28 operationer per år till den som gjorde upp till 61 operationer och allra lägst var komplikationsfrekvensen för de sjukhus som gjorde fler än 61 operationer per år. För fetmakirurgi och bypasskirurgi syntes samma mönster, men där låg den lägsta komplikationsfrekvensen för sjukhus som gjorde mer än 222 fetmakirurgiska operationer och fler än 1 000 bypassoperationer per år. Det är inte många svenska sjukhus som kommer upp i den volymstorleken.

En studie från Skottland studerade sjukhusvolymens betydelse för operationer på gallblåsan.[25] Sjukhus som gjorde fler än 244 operationer per år hade lägre dödlighet och komplikationsfrekvenser än sjukhus som hade medelhög (173–244 operationer/år) eller låg (>173 operationer/år) volym.

Sjukhusvolymen har även betydelse för behandling av patienter med inflammatoriska tarmsjukdomar, IBD.[26] Volymintervallen var indelade i sjukhus med färre än 50 inneliggande patienter, 51–150 eller fler än 150 patienter per år. Dödligheten var lägre på sjukhus med högre volym. Patienter som behandlades för magsår på sjukhus hade också lägre dödlighet och lägre risk för återinläggning om de vårdades på sjukhus med större volymer.[27] Sjukhus med mer än 411 patienter hade bättre resultat än de som tillhörde en mellangrupp på 190–410 patienter. Mellangruppen hade i sin tur bättre resultat än de som hade lägst volym, dvs. 189 eller färre patienter.

En studie kring bröstcancer och 5-årsöverlevnad visade dosresponssamband med bättre resultat ju högre volymer sjukhuset hade.[28] Sjukhusen delades in i mycket låg (färre än 50 operationer/år), låg (50–99), medel (100–149) och hög (mer än 150 operationer/år). En systematisk översikt av bröstcanceröverlevnad visade också signifikant förbättrad överlevnad, framför allt om kirurgen hade hög volym, men även om sjukhusets volym var hög.[29] En systematisk översikt av urinblåsecancer visade att dödligheten var cirka 45 procent lägre för sjukhus som hade höga volymer jämfört med de som hade lägre.[30]

Inte bara volymen på sjukhuset har betydelse. Graden av specialisering på sjukhuset har betydelse. I en studie inom ortopedin delade man in sjukhusen i fem kvintiler efter graden av specialisering. Ju högre grad av specialisering, desto lägre risk för död och komplikationer.[31] Värdet av specialisering och höga volymer visades även i andra studier av höftleds- och knäplastik. [32–33] Sjukhus som gjorde fler än 250 höftleds- och knäplastikoperationer hade klart mindre risker för komplikationer än de med lägre volymer.[32] Resultaten kvarstod efter kontroll för patientkarakteristika och socioekonomisk position. En studie kring pankreasresektioner pekar också på att system och resurser är en förklaring till att högvolymsjukhus har bättre resultat.[34]

Volym spelar inte bara roll för risken att dö eller få komplikationer. Det påverkar också patienternas livskvalitet. När det gäller

prostataoperationer vill patienterna undvika inkontinens och impotens. Även här visar studier att sjukhus och kirurger med högre volymer får klart lägre biverkningsfrekvens på sina patienter än de som har lägre volymer.[35–36]

En amerikansk grupp har utvecklat en standard (Leapfrog Group Standard) för ett sjukhusbaserat remitteringssystem med process- och resultatmått.[37] För vissa operationer byggde de enbart på minimivolym och för andra ställdes krav på såväl volym, process- som resultatmått. De uppskattade att om man följde standarden för fem ingrepp (bypass, PCI, bukaorta, matstrups- och pankreasoperationer) skulle man undvika 7 818 dödsfall i USA. Om dessa siffror gällde för Sverige motsvarar det 237 undvikbara dödsfall per år. Vi återkommer till faktiska beräkningar på svenska sjukhus.

## Volym och medicinska problem

En studie analyserade sjukhusvolym och 30-dagars dödlighet för tre vanliga medicinska problem, akut hjärtinfarkt, hjärtsvikt och lunginflammation.[38] Signifikanta minskningar sågs i dödligheten när de årliga volymerna nådde 610 patienter för hjärtinfarkt, 500 patienter för hjärtsvikt och 210 patienter för lunginflammation.

En studie av neonatal intensivvård visade signifikant lägre dödlighet för sjukhus med mer specialiserade resurser och en volym på mer än 15 patienter per dag.[39]

En svensk studie av strokevården kunde inte se skillnader i resultat mellan universitets-, läns- och länsdelssjukhus.[40] Här var dock volymerna betydligt högre, över 500 inläggningar för akut stroke på universitets- och länssjukhus medan länsdelssjukhusen ändå hade över 200 inläggningar. Vi vet att strokeenheter påverkar resultaten positivt och fler patienter på länsdelssjukhusen blev inlagda på särskilda strokeenheter än på universitetssjukhusen. Det fanns också en del andra skillnader i behandlingsinsatser som pekar på att organisationen på sjukhus också har betydelse för utfallen. Mindre sjukhus följde i större utsträckning riktlinjer och hade sannolikt team och personal som var mer stabil.

Sveriges decentraliserade hälso- och sjukvårdssystem har t.ex. bidragit till att rehabiliteringen av ryggmärgsskadade bedrivs på ett trettiotal platser i Sverige medan övriga nordiska länder har en betyd-

ligt mer centraliserad organisation.[41] Elva kliniker i Sverige vårdade år 2011 högst fem ryggmärgsskadade patienter i sluten vård och mest vårdade Uppsala akademiska sjukhus med 28 ryggmärgsskadade patienter.[41] I öppen vård behandlade inget sjukhus fler än 13 ryggmärgsskadade patienter. Rehabiliteringen av dessa patienter kräver dessutom mycket olika kompetenser.

Förklaringarna till att sjukhus med högre volymer har bättre resultat kan vara flera. De enskilda kirurgerna kan ha möjlighet att göra fler operationer, möjligheterna att lära av varandra kan vara större och mer kringresurser eller mer utvecklade system kan bidra till bättre resultat.

Sammanfattningsvis visar de flesta studierna inom kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder att sjukhusen bör göra minst 100 åtgärder av en viss typ för att uppnå en acceptabel kvalitet. För vanliga åtgärder var den optimala nivån ännu högre.

I Sverige är det relativt få sjukhus som kommer upp till 100 operationer per år för vissa kirurgiska ingrepp och en del är oroliga för vilka konsekvenser en kraftig koncentration får för den övriga sjukhusverksamheten. Det saknas dock studier som pekar på negativa konsekvenser av en koncentration.

## 8.5 Samband mellan behandlarens volym och patientutfall

I detta avsnitt analyserar vi studier som analyserat hur många åtgärder den enskilda behandlaren gjort och hur det gått för patienterna. De flesta studier gäller kirurgiska eller medicinska åtgärder.

### Många kirurger gör få ingrepp

I ett fåtal kvalitetsregister redovisas antal operationer per kirurg. I årsrapporten från korsbandsregistret redovisas att 48 procent av ortopederna gör färre än tio operationer per år.[42] Bara 23 procent av ortopederna gör mer än 30 operationer per år. I pacemakerregistret redovisas också antalet implantat som varje kirurg gör.[43] Ett relativt enkelt ingrepp, men 71 av 228 kirurger gjorde färre än tio ingrepp per år.

## Vilken volym bör en kirurg ha?

> ”Ju mer jag tränar desto mer tur har jag”
> *Ingemar Stenmark*

Systematiska kunskapsöversikter pekar på att såväl sjukhusets volym och resurser som kirurgens har betydelse för resultaten. Flera pekar också på att hur mycket kirurgen opererar är kanske en ännu viktigare faktor än sjukhusets resurser och organisation.

En artikel i BMJ analyserade sambandet mellan kirurgvolym och risken för komplikationer efter höftplastik.[44] Slutsatsen var att enskilda kirurger bör göra minst 35 operationer per år för att minimera riskerna för komplikationer.

När det gäller operationer på sköldkörteln och andra endokrina organ visar tre studier lägst risk för komplikationer om kirurgen gör fler än 100 operationer per år.[45–47] Samtliga tre visar också ett dosresponssamband, dvs. ju fler operationer kirurgen gör desto mindre risk för komplikationer.

En systematisk översikt kring tjocktarms- och ändtarmscancer studerade såväl sjukhusets som kirurgens volym och kom fram till att kirurgvolym var viktigare.[48] I en svensk studie av ändtarmscancer var dödligheten och tumöråterfall (lokalrecidiv) lägre på högvolymsjukhus.[49] En svensk studie från Västerås och Västmanlands läns landsting visade att riskerna för död och reoperationer minskade när man genomförde en centralisering av koloncancer.[50] Även långtidsöverlevnaden förbättrades.[51] Centraliseringen innebar både en ökad patientvolym, en ökad kompetens och att man införde multidisciplinära möten där såväl kirurger, patologer, onkologer och radiologer deltog. I öppna jämförelser har också Västerås visat sig ha bland de bästa överlevnadssiffrorna i landet.[52]

En svensk studie av matstrupsoperationer visade att överlevnaden var 22 procent högre hos patienter som opererats av kirurger med högre volym.[53] Kirurgvolym var viktigare än sjukhusvolym och författarnas slutsats var att centralisering av matstrupscancerkirurgi till färre kirurger som arbetar vid större centrum medför en bättre långtidsprognos för patienterna. I en systematisk översikt visade man också bättre långtidsöverlevnad i matstrupscancer för de med

höga volymer och att kirurgens volym sannolikt hade större betydelse än sjukhusets.[54]

En studie av njurtransplantationer visade att komplikationer och död var tre gånger vanligare bland kirurger som opererade lite (färre än 33 operationer/år) än i gruppen som opererade mer än 33 operationer per år.[55]

Läkare med större erfarenhet av att ta hand om inläggningar för lunginflammationer på intensivvårdsavdelningar får lägre sjukhusdödlighet.[56] Patienter till läkare som hade tagit hand om färre än 36 fall, hade två gånger högre dödlighet än patienter till läkare som hade tagit hand om fler än 36 patienter.

Kirurger som gjorde mellan 50 och 250 kataraktoperationer per år hade en komplikationsfrekvens på 0,8 procent.[57] De som gjorde mellan 251 till 500 operationer hade hälften så många komplikationer, dvs. 0,4 procent och de som gjorde över 500 kataraktoperationer hade 0,2 procent komplikationer. Även en svensk studie visade tydligt samband mellan volym och komplikationer för kataraktoperationer mellan kirurger som gjorde färre eller fler än 1 000 kataraktoperationer per år.[58] Tydliga exempel på att träning ger färdighet.

Martinikliniken, som tidigare nämnts, följer varje enskild kirurg och de har sett ett tydligt samband med volymen för prostatacanceroperationer.[59] Inlärningskurvorna visar att riskerna för komplikationer som inkontinens och impotens minskar i takt med antal utförda operationer. Även de kirurger som gjort mer än 1500 operationer fortsätter att utvecklas och får minskade frekvenser av komplikationer.

Exemplen kan mångfaldigas. Flera skäl talar för att resultaten blir bättre ju mer träning kirurgen eller sjukhuset får. Ett skäl är att studier med större patientmaterial nästan undantagslöst har högre tröskelvärden, vilket framgått av de tidigare refererade studierna. Ett annat starkt stöd för att högre volymer ger bättre resultat är att många studier visar såväl stora effekter som ett tydligt dos-responssamband.

Den vetenskapliga litteraturen visar att många kirurger måste operera mer än vad som är fallet i dag och en rimlig utgångspunkt är att varje kirurg eller behandlare bör göra åtminstone 30 ingrepp eller åtgärder per år för att verksamheten ska kunna bedrivas med hög kvalitet. Ytterligare koncentration kan sannolikt vara bra, men kan eventuellt av andra skäl vara svårare att genomföra.

Skickligare kirurger har lägre komplikationsrisker, men också kortare vårdtider och lägre sjukhuskostnader.[60] En systematisk översikt analyserade hur volym och erfarenhet påverkade den enskilde kirurgens resultat.[61] Av 55 inkluderade studier visade 44 signifikant förbättrade hälsoutfall om kirurgerna hade hög volym. De varierade för olika ingrepp beroende på hur vanligt eller komplicerat ingreppet var. Tröskelvärdena låg mellan 25 upp till 750 ingrepp.

Studier har också visat att drygt 50 procent av effekten av hög sjukhusvolym berodde på att kirurgerna opererade ofta, men att hög sjukhusvolym också var en oberoende faktor för låg dödlighet efter operation. Så det är viktigt att både sjukhuset och kirurgteamet har en hög volym. Det är inte bara viktigt vad som händer i operationssalen utan även diagnostik, selektion av patienter för operation och förberedelserna innan och behandlingen efter operation har betydelse för slutresultatet. Hela vårdkedjan måste fungera för att resultaten ska bli bra.

## Behov av ny registreringsuppgift

I Sverige finns för närvarande ingen samlad registrering av enskilda kirurgers operationsvolym eller deras resultat. Enstaka kvalitetsregister rapporterar dock den enskilda kirurgens volym och resultat.

Vi föreslår att det i patientadministrativa system eller i kvalitetsregister införs en uppgift över hur många operationer eller åtgärder av en viss typ varje kirurg utfört. Om flera kirurger medverkar bör alla registreras för att kunna bedöma den samlade kompetensen. Uppgifter om hur många operationer en kirurg gjort skulle vara allmänt tillgängliga för patienter och allmänhet. Ur patientsäkerhetssynpunkt bör en mer erfaren kirurg medverka vid operationer där en mindre erfaren kirurg medverkar. Det borde också generellt vara så att verksamhetschefen har möjlighet att följa upp resultaten i form av dödlighet och komplikationer för alla läkare på individnivå. Med tanke på svårigheterna att kontrollera för patientmix anser utredningen inte att data om den enskilda kirurgens resultat i dagsläget ska vara tillgängliga offentligt. Klinikens samlade resultat bör däremot vara tillgängliga för alla.

## 8.6 Samband volym och patientutfall i trauma- och akutvård

Studierna av volym har ofta gällt s.k. elektiv (planerad) kirurgi. Det är dock viktigt att den högspecialiserade vården organiseras så att även akutuppdraget klaras av, vilket är en synpunkt som utredningen anser det viktigt att beakta i de förslag vi lämnar. I ett sådant arbete måste man utreda vilka basresurser som behövs för att klara akutuppdraget, hur många akutsjukhus som behövs i Sverige och i vad mån förbättrade akuttransporter kan lösa problemen. I detta kapitel om volym vill vi referera till några studier som analyserat hur volym inom trauma och akutvården påverkar resultaten.

En prospektiv studie av traumacentrum analyserade allvarliga skador och sambandet med volymen på dessa centrum.[62] Sannolikheten att överleva efter 24-timmar och 28-dagar ökade i takt med en ökande patientvolym. Dödligheten minskade med sju procent för varje gång antalet traumafall ökade med 500 och gällde upp till 3 000 traumainläggningar.

En hel del studier[62–67] inklusive en systematisk översikt[67] visar en minskad dödlighet i storleksordningen 15–20 procent om patienterna fick vård vid mer avancerade traumacentrum. En studie visade också att överlevnaden även förbättrades om man transporterade patienter som initialt vårdades på mindre avancerade sjukhus till mer specialiserade traumacentrum.[68] Ytterligare en studie pekade på att sjukhus i glesbygd som inte hade intensivvårdsenheter, hjärtkatetriseringsmöjligheter och sämre uppföljningssystem hade högre dödlighet och sämre processer.[69] Studien gällde patienter som togs in för hjärtinfarkter, hjärtsvikt och lunginflammationer. I Norge förbättrades resultaten efter att man infört ett system för traumavård.[70]

En tidigare redovisad studie av bl.a. hjärtinfarkter visade också bättre resultat vid höga volymer[38] liksom en studie om neonatalvård.[39] Hjärtinfarktpatienter som behandlades av läkare som tog hand om mer än 24 hjärtinfarktpatienter per år hade lägre dödlighet efter 30-dagar och ett år än läkare som tog hand om färre än fem per år.[71] Tung och medarbetare visade också att läkare med högre volymer av hjärtinfarktpatienter hade bättre resultat än de som hade måttliga eller låga volymer.[72] Det finns dock också studier som inte visat samband mellan volym och sjukhusdödlighet för hjärtinfarkt-

patienter som kommit in på intensivvårdsavdelningar.[73] När det gäller hjärtinfarkt och stroke som är vanliga akuta tillstånd, tar nästan alla sjukhus i Sverige emot fler än 100 fall per år för respektive sjukdom.

För äldre patienter med akuta gallvägssjukdomar var såväl medelvårdtider som sjukhusdödlighet lägre för sjukhus med högre volymer.[74] För yngre patienter med akuta gallvägssjukdomar sågs inget samband med volym. Risken att kritiskt sjuka patienter som fick respiratorvård på intensivvårdsavdelningar skulle avlida var 37 procent lägre på sjukhus som behandlade fler än 400 patienter jämfört med sjukhus som behandlade 150 eller färre patienter.[75] Patienter till läkare som hade tagit hand om färre än 36 inläggningar för lunginflammationer på intensivvårdsavdelningar hade två gånger högre dödlighet än de som hade tagit hand om fler inläggningar.[56]

Transportsystemen kan också spela roll för hur det går för akut skadade eller sjuka patienter. En systematisk översikt av helikoptertransporter vid traumafall ansåg att de metodologiska bristerna i inkluderade studier var för stora för att dra säkra slutsatser.[76] De nio studier som använt multipel linjär regression pekade dock alla på överlevnadsvinster för helikopter- jämfört med marktransporter, men bara de fem största visade statistiskt signifikanta överlevnadsfördelar. Studier publicerade efter den systematiska översikten pekar också på att patienterna klarar sig bättre om patienterna kan transporteras via helikopter än via marktransporter.[77–79] Sannolikheten att överleva var oftast klart större om man transporterats med helikopter. Efter att man infört ett helikoptersystem visade en studie att 6,4 fler patienter överlevde för varje grupp av 100 patienter.[79]

Sammanfattningsvis rör studier om trauma- och akutsjukvård svårt sjuka patienter och för dessa finns vinster med mer koncentrerade akutinsatser. Att upprätthålla dygnetrunt jour på alla sjukhus är dyrbart och akutsjukhus med större resurser eller mer profilerad verksamhet skulle tillsammans med en utbyggd ambulanshelikopterverksamhet sannolikt rädda liv.

## 8.7 Sjukhusvolym och dödlighet på svenska sjukhus

Genomgången av den internationella litteraturen har entydigt visat att volym påverkar såväl risk för död som komplikationsrisker. Utredningen har tillsammans med Socialstyrelsen även gjort egna ana-

lyser av svenska förhållanden. Datamaterialet har hämtats från det nationella patientregistret och dödsorsaksregistret. Fördelen med dessa register är att de är totalregistreringar över alla operationer och alla dödsfall i Sverige samt att det går att koppla ihop den enskilda patientens operation med antal vårddagar och risk för död. Nackdelen är att det finns mycket begränsat med data om patientens allmänstatus, sjukdomens allvarlighetsgrad eller detaljerad information om alla behandlingsinsatser som gjorts. Analysen får därför tolkas med viss försiktighet, men ger en grov uppskattning av volymens betydelse för patientutfallet i Sverige.

Risken för död inom 30 dagar har beräknats vid kirurgiska åtgärder som utförts till minst 90 procent i slutenvård och med tillräckliga volymer för att data ska kunna analyseras i samtliga volymgrupper. Sjukhusen har delats in i olika volymgrupper, dvs. de som gör 1–9, 10–19, 20–49, 50–99 och fler än 100 operationer per operationstyp och år. Totalt sett omfattar analysen för perioden 2010 till 2013 sammanlagt 1 197 765 operationer varav 35 365 dödsfall inom 30 dagar.

Oddskvoterna har beräknats med logistisk regression med kontroll för ålder, kön och sjukhusvård under de senaste tolv månaderna samt planerad/ej planerad vård och operationens svårighetsgrad. Tidigare sjukhusvård under de senaste tolv månaderna har använts som en indikator på patientens allmänna hälsotillstånd. Risken att dö är också betydligt högre vid akuta än planerade operationer. Eftersom en del sjukdomar som är mer sällsynta även kan vara mer dödliga har vi också kontrollerat för den enskilda operationens dödsrisk.

**Tabell 8.2 Oddskvoter (OK, 95 % konfidensintervall) för död inom 30 dagar för kirurgiska åtgärder som gjorts vid sjukhus med olika volymer. Avgränsat till kirurgiska åtgärder som till minst 90 procent behandlats i slutenvård och med en årlig volym över 250 i Sverige**

| Sjukhusets volym (antal operationer per operationstyp och år) | Oddskvot | Konfidensintervall (95%) |
|---|---|---|
| 1– 9 | 1,227 | 1,158–1,301 |
| 10– 19 | 1,118 | 1,060–1,178 |
| 20–49 | 1,077 | 1,035–1,122 |
| 50–99 | 1,008 | 0,973–1,044 |
| 100 + | 1 (referens) | |

*Källa*: Patientregistret, Socialstyrelsen

Tabell 8.2 visar ett dos-responssamband, dödligheten inom 30 dagar minskar desto större volym sjukhuset har för samtliga operationer. För att uppskatta eventuella vinster av att volymerna per sjukhus höjdes, har vi med hjälp av etiologisk fraktion beräknat hur många färre dödsfall vi skulle kunna få i Sverige om sjukhusen gjorde 100 eller fler ingrepp per år i olika operationsgrupper. Med tillgängliga data och enligt dessa beräkningar skulle vi undvika mer än 370 dödsfall inom 30 dagar efter operation.

Analyser har också gjorts separat för länsdels-, läns- och regionsjukhus. Volymsamband finns vid samtliga typer av sjukhus, men är ännu mera accentuerat vid region- och universitetssjukhus. Det kan finnas faktorer som vi inte kunnat kontrollera för, t.ex. patientens hälsotillstånd och komplexiteten i operationen, men det visar att volym har betydelse även på sjukhus med större resurser. Större personalrörlighet på de stora sjukhusen kan också vara en tänkbar förklaring till att de inte alltid uppvisar goda resultat.

Separata analyser visar att sambandet mellan volym och dödlighet inom 30 dagar gällde för planerade operationer, men inte för akuta. Vi försökte också göra analyser på mindre och mer avgränsade typer av operationer, men osäkerheten blir betydligt större och resultaten kunde för mindre grupper visa på både negativa och positiva samband med volym. Det vore värdefullt med mer specifika analyser kring volym och vissa typer av operationer, men vi bedömer att det då behövs mer data om såväl patienterna, behandlingsmetoder, enskilda operatörer och sjukhusets organisation. Kvalitetsregister har mer specifika data än patientregistret och skulle här kunna vara en viktig källa för fortsatta analyser.

Uppskattningen att drygt 370 dödsfall per år skulle kunna undvikas om vården koncentrerades så att alla sjukhus gör mer än 100 åtgärder av respektive typ är sannolikt bara en del av vinsterna för patienterna. Riskerna att avlida efter operation kvarstår även efter 30 dagar och många patienter dör inte, men får fler allvarliga komplikationer.

I två studier analyserades sambandet mellan volym och dödlighet för pankreascancer[80] respektive lungcancerkirurgi[81] efter såväl 30 som 90 dagar. Även sedan man exkluderat dödsfall före 30 dagar, förblev risken upp till 90-dagar nästan dubbelt så hög för patienter som opererades på lågvolymsjukhus jämfört med högvolymsjukhus. En rimlig tolkning är därför att vi åtminstone skulle rädda 500 liv per år om

sjukhus generellt gjorde cirka 100 åtgärder per år av respektive typ. Dessutom skulle många patienter slippa komplikationer och försämrad livskvalitet.

Det här var en översiktlig analys av sambandet mellan volym och dödlighet inom 30 dagar. Totalt sett finns ett dos-responssamband som indikerar att det tydliga mönster som setts mellan volym och risker i den vetenskapliga litteraturen också gäller i Sverige för kirurgiska ingrepp. Beräkningarna har varit avgränsade till kirurgin och eventuella vinster av koncentration inom andra delar av hälso- och sjukvården är ej medräknade. Mer analyser skulle behöva göras såväl inom kirurgi som inom andra områden.

## 8.8 Slutsatser kring volym

Studier av volym rör såväl åtgärder som kommer att definieras som högspecialiserad vård som övrig specialiserad vård. Resultaten pekar på att en koncentration är bra både för sällan och relativt vanliga behandlingsmetoder. De studier som gjorts har varit för väldefinierade ingrepp och man har oftast kontrollerat för patienternas ålder, kön, allmänstatus och risker vid operation. Däremot har man sällan kontrollerat för ledarskap, teamet, sjukhusets organisation och struktur, möjligheter för vidareutbildning etc. som också bidrar till resultaten. Studier har visat att de som använder checklistor vid operation kan reducera risken för både dödlighet och komplikationer.[82–83] Detta kan innebära att man ibland lyckas bra på sjukhus med små volymer eller dåligt på sjukhus med stora volymer. En studie i nio europeiska länder pekade på att sjukhusdödligheten ökade när sjuksköterskornas arbetsbelastning ökade.[84] Personaltätheten kan variera mellan olika typer av sjukhus. Stora sjukhus har också ofta större personalrörlighet[85] i teamet eller så har de många läkare som delar på ingreppen eller uppgifterna. Vår bedömning är därför att volymen kanske har ännu större betydelse än studierna visat om man kan optimera övriga faktorer. Det innebär dock inte att all högspecialiserad vård ska förläggas till universitetssjukhus. Stora sjukhus har inte alltid de bästa resultaten, vilket tyder på att hög personalrörlighet, höga kostnader och andra effektivitetsproblem gör att de inte lyckas utnyttja fördelarna av höga volymer.

Det finns metodologiska brister i studierna, men samstämmigheten i resultaten, att effekterna är relativt stora och att många studier uppvisar dos-responssamband talar entydigt för effekten av volym. Ju fler åtgärder som görs desto bättre resultat. Tungt vägande skäl för att en koncentration behövs och en rimlig utgångspunkt är att minst inom intervallet 50–100 åtgärder bör göras på ett sjukhus per år för att verksamheten ska kunna bedrivas med hög kvalitet. Resultaten pekar vidare på att en enskild behandlare eller team bör göra minst 30 åtgärder per år av en viss typ för att upprätthålla kvaliteten. Ytterligare koncentration kan sannolikt vara bra, men kan av andra skäl vara svår att genomföra.

Den exakta volymen varierar mellan olika typer av ingrepp och hänsyn kan behöva tas till ingreppets komplexitet och behov av kringresurser och landstingens möjligheter att klara sitt akutuppdrag. Efter mer noggranna diskussioner i sakkunniggrupper kan en minimivolym behöva justeras både uppåt och nedåt, men bör då motiveras tydligt, se även kapitel 13.

Koncentration av resurser till större enheter ger sannolikt större möjligheter att lära av varandra, att samla mer multidisciplinärkompetens, effektivare resursutnyttjande och ökade möjligheter att bedriva forskning. En eventuell nackdel med koncentration av en viss verksamhet kan vara att det försvårar möjligheterna att lokalt diagnostisera vilka som behöver vissa insatser eller bedriva akuta insatser på det området. Det saknas dock i stor utsträckning studier som pekar på negativa effekter av koncentration. Däremot finns några studier av koncentration som pekar på positiva effekter av koncentration.[86–87] Akutsjukvården påverkas både av basresurser, transportsystem och andra tillgängliga hälso- och sjukvårdsresurser och bör därför utredas i särskild ordning. En annan nackdel är att patienter och anhöriga får vård längre från hemorten, men det är under mycket begränsad tid.

Svensk sjukvård har god kvalitet och bra resultat i en internationell jämförelse. Om Sverige i framtiden vill fortsätta att tillhöra de länder som kan erbjuda sina patienter en hälso- och sjukvård i internationell toppklass, krävs med stor sannolikt en betydligt större koncentration än vad som är fallet i dag. Många sjukhus i världen går mot en alltmer ökad specialisering där man försöker bli bäst på det man gör. Patientrörlighetsdirektivet i Europa,[88] genomfört i svensk rätt bland annat genom lagen (2013:513) om ersättning för

kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, gör också att patienter kan välja att få sina åtgärder utförda utanför Sveriges gränser om de vet att resultaten blir bättre. Välinformerade patienter kommer att åka dit de får bäst vård. Att patienter i ökad utsträckning kommer att söka bästa möjliga vård kan också vara en konkurrensfördel för Sverige om vi lyckas ge vård av hög internationell kvalitet.

Vår uppfattning är att svensk högspecialiserad vård måste koncentreras mer och att tydliga kriterier ska vara uppfyllda för att man ska få bedriva högspecialiserad vård. Behovet av koncentration gäller inte bara det som vanligen bedöms vara högspecialiserad vård utan stora delar av den specialiserade vården.

## Referenser:


1. Soop M, Fryksmark U, Köster M, Haglund B. The incidence of adverse events in Swedish hospitals: a retrospective medical review study. Int J Qual Health Care 2009;21:285-291.
2. Skador i vården – skadepanorama och kostnader för kirurgi. Markörbaserad journalgranskning 2013. Svensk Kirurgisk Förening 2014.
3. Kronisk myeloisk leukemi. Nationellt vårdprogram. Remiss. Regionala cancercentrum I samverkan, 2015.
4. Akut myeloisk leukemi. Nationellt vårdprogram, Regionala cancercentrum I samverkan, maj 2014.
5. Ericsson KA, Krampe RT, Tesch-Römer C. The role of deliberate practice in the acqisition of expert performance. Psychological Review 1993;100:363-406.
6. Lesgold AM. Acquiring expertise. Pp 31-60. In Anderson JR, Kosslyn SM (eds). Tutorials in learning and memory: Essays in honor of Gordon Bower. New York: Freeman 1984.
7. Patel VL, Groen GJ. The general and specific nature of medical expertise: A critical look. Pp93-125. In Ericsson KA, Smith J (eds). Toward a general theory of expertise. Cambridge: Cambridge University Press, 1991.
8. Nyström P-O. Räcker operationerna till för att utbilda nya kirurger? Svensk Kirurgi 2011;69:300-302.
9. Nilsson P. Framtidens kolorektalkirurgi i Sverige. Svensk Kirurgi 2013;71:140-3.
10. Ihse I, Haglund U, Hamberger B, Sjödahl R. Svenska kirurger alltför otränade. DN debatt 2003; 20 juli:4.
11. Jibawi A et al. Is there a minimum caseload that achieves acceptable opperative mortality in abdominal aortic aneurysm operations? Eur J Vasc Endovasc Surg 2006;32:273-6.
12. Holt PJE et al. Epidemiological study of the relationship between volume and outcome after abdominal aortic aneurysm surgery in the UK from 2000 to 2005. Br J Surg 2007;94:441-8.
13. Landon BE, O'Malley J, Giles K et al. Volume-outcome relationships and abdominal aortic aneurysm repair. Circulation 2010;122:1290-7.
14. Hernandez-Boussard T, Downey JR, McDonald K, Morton JM. Relationship between patient safety and hospital surgical volume. Health Serv Res 2012;47:2. DOI:10.1111.
15. Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EVA et al. Hospital volume and surgical mortality in the United States. NEJM 2002;346:1128-37.
16. SBU. Volym och resultat. En inventering av det vetenskapliga underlaget på kirurgins område. Stockholm: SBU, 2011.

17. SBU Upplysningstjänst: Samband mellan sjukhus/kirurgvolym och kvalitet. Stockholm: SBU, 2014.

18. Njurcancer. Nationell kvalitetsregisterrapport 2013. Stockholm: Regionala cancercentrum i samverkan, 2014.

19. Prostatacancer. Årsrapport från Nationella prostatacancerregistret 2013. Regionala cancercentrum i samverkan, 2014.

20. Riks-Stroke. Strukturdata. Rapport från Riks-Stroke 2013. Sammanställning och jämförelse av strokesjukvårdens struktur i Sverige åren 2005, 2010 och 2013.

21. International Consortium on Health Outcomes. Measurements (ICHOM). Implementation Network Webinar April 25, 2014.

22. Porter M, Deeerberg-Wittram J, Marks C. Martini Klinik: Prostate cancer care. Case study, Harvard Business School, June 4, 2014.

23. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality. NEJM 1979;301:1364-9.

24. Hannan EL, Wu C, Walford G et al. Volume-outcome relationships for percutancous coronary intervention in the stent era. Circulation 2005;112:1171-9.

25. Harrison EM, O'Neill S et al. Hospital volume and patient outcomes after cholecystectomy in Scotland: retrospective, national population based study. BMJ 2012;344:e3330.

26. Ananthakrishnan AN, McGinley EL, Binion DG. Does it matter where you are hospitalized for inflammatory bowel disease? A nationwide analysis of hospital volume. Am J Gastroenterol 2008;103:2789-98.

27. Lou H-Y, Lin H-C, Chen K-Y. Hospital volume and clinical outcomes for peptic ulcer treatment. J Gen Intern Med 2008;23:1693-7.

28. Vrijens F, Stordeur S, Beirens K et al. Effect of hospital volume on processes of care and 5-year survival after breast cancer: A population-based study on 25 000 women. The Breast 2012;21:261-6.

29. Gooiker GA, van Gijn W, Post PN et al. A systematic review and meta-analysis of the volume-outcome relationship in the surgical treatment of breast cancer. Are breast cancer patients better of with a high volume provider? Eur J Cancer Surgery 2010;36:S27-S35.

30. Goossens-Laan CA, Gooiker GA, van Gijn W et al. A systematic review and meta-analysis of the relationship between hospital/surgeon volume and outcome for radical cystectomy: an updata for the ongoing debate. Eur Urol 2011;59:775-83.

31. Hagen TP, Vaughan-Sarrazin MS, Cram P. Relation between hospital orthopaedic specialization and outcomes in patients aged 65 and older:

retrospective analysis of US Medicare data. BMJ 2010;340:c165 doi 10.1136/bmjc165.

32. Cram P, Vaughan-Sarrazin MS, Wolf B et al. A comparison of total hip and knee replacement in specialty and general hospitals. J Bone Joint Surg Am 2007;89:1675-84.

33. Bozic KJ, Maselli J, Pekow PS et al. The influence of procedure volumes and standardization of care on quality and efficiency in total joint replacement surgery. J Bone Joint Surg Am 2010;92:2643-52.

34. Joseph B, Morton JM, Hernandez-Boussard T et al. Relationship between hospital volume, system clinical resources and mortality in pancreatic resection. J Am Coll Surg 2009;208:520-7.

35. Begg CB, Riedeel ER, Bach PB et al. Variations in morbidity after radical prostatectomy. NEJM 2002;346:1138-44.

36. Wilt TJ, Shamliyan TA, Taylor BC et al. Association between hospital and surgeon radical prostatectomy volume and patient outcomes: A systematic review. J Urol 2008;180:820-9.

37. Birkmeyer JD, Dimick JB. Potential benefits of the new Leapfrog standards: Effects of process and outcome measures. Surgery 2004;135:569-75.

38. Ross JS, Normand S-LT, Wang Y et al. Hospital volume and 30-day mortality for three common medical conditions. NEJM 2010;362:1110-8.

39. Phibbs CS, Bronstein JM, Buxton E, Phibbs RH. The effects of patient volume and level of care at the hospital of birth on neonatal mortality. JAMA 1996;276:1054-9.

40. Asplund K, Sukhova M, Wester P et al. Diagnostic procedures, treatments and outcome in stroke patients admitted to different types of hospitals. Stroke 2015;46: DOI: 10.1161/STROKEAha.114.007212.

41. Dahlqwist E, Gustavsson A. Litteraturstudie inom utvärdering av organisationsmodell för rehabilitering av ryggmärgsskada. Uppdrag av Personskadeförbundet. Quantify Research 2012.

42. Svenska korsbandsregistret. Årsrapport 2013.

43. Annual statistical report 2013. Swedish ICD and Pacemaker Register, 2014.

44. Ravi B, Jenkinson R, Austin PC et al. Relation between surgeon volume and risk of complications after total hip arthroplasty: propensity score matched cohort study. BMJ 2014;348:g3284.

45. Stavrakis AI, Ituarte PHG, Ko CY et al. Surgeon volume as a predictor of outcomes in inpatient and outpatient endocrine surgery. Surgery 2007;142:887-99.

46. Noureldine SI, Abbas A, Tufano RP et al. The impact of surgical volume on racial disparity in thyroid and parathyroid surgery. Ann Surg Oncol 2014;21:2733-9.

47. Hauch A, Al-Qurayshi Z, Randolph G, Kandil E. Total thyroidectomy is associated with increased risk of complications for low- and high-volume surgeons- Ann Surg Oncol 2014;DOI 10.1245.

48. Archampong D, Borowski D et al. Workload and surgeon's speciality for outcome after colorectal cancer surgery. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, issue 3.

49. Kressner M, Bohe M, Cedermark B et al. The impact of hospital volume on surgical outcome in patients with rectal cancer. Diseases of the colon & rectum 2009;52:1542-9.

50. Birgisson H, Smedh K. Effects of centralization on the outcome of patients with distal sigmoid colonic cancer. Dig Surg 2009;26:169-75.

51. Hosseinali Khani M, Smedh K. Centralization of rectal cancer surgery improves long-term survival. Colorectal Disease 2010;12:874-9.

52. Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. Öppna jämförelser.

53. Lagergren J. Centralisering, lymfkörtelutrymning och patientselektion vid esofaguscancerkirurgi. Svensk Kirurgi 2014;72:250-2.

54. Brusselaars N, Mattson F, Lagergren J. Hospital and surgeon volume in relation to long –term survival after oesophagectomy: systematic review and meta-analysis. Gut 2014;63:1393-400.

55. Weng S-F, Chu C-C, Chien C-C et al. Renal transplantation: Relationship between hospital/surgeon volume and postoperative severe sepsis/graft failure. A nationwide population-based study. Int J Med Sci 2014;11:918-24.

56. Lin H-C, Xirasager S, Chen C-H, Hwang Y-T. Physician's case volume of intensive care unit pneumonia admissions and in-hospital mortality. Am J Respir Crit Care Med 2008;177:989-94.

57. Bell CM, Hatch WV, Cernat G, Urbach DR. Surgeon volumes and selected patient outcomes in cataract surgery. Ophtalomology 2007;114:405-10.

58. Lundström M, Behndig A, Kugelberg M et al. Decreasing rate of capsule complications in cataract surgery. Eight-year study of incidence, risk factors, and data validity by the Swedish National Cataract Register. J Cataract Refract Surg 2011;37:1762-7.

59. Schlomm T, Huland H, Graefen M. Improving outcome of surgical procedures is not possible wihout adequate quality measurement. Eur Urology 2014;65:1017-9.

60. Birkmeyer JD, Finks JF, O'Reilly A et al. Surgical skill and complication rates after bariatric surgery. NEJM 2013;369:1434-42.

61. Maruthappu M. The influence of volume and experience on individual surgical performance. A systematic review. Ann Surgery 2015;261:642-7.

62. Minei JP, Fabian TC, Guffey DM et al. Increased trauma center volume is associated with improved survival after severe injury. Results of a resuscitation outcomes consortium study. Ann Surgery 2014;260: 456-65.

63. Cudnik MT, Newgard CD, Sayre MR, Steinberg SM. Level I versus level II trauma centers: An outcomes-bassed assessment. J Trauma 2009;66:1321-6.

64. Bennett KM, Vaslef S, Pappas TN et al. The volume-outcomes relationship for United States Level I trauma centers. J Surg Res 2011;167:19-23.

65. MacKenzie EJ, Rivara FP, Jurkovich GJ et al. A national evaluation of the effect of trauma-center care on mortality. NEJM 2006;354:366-78.

66. Glance LG, Osler TM, Mukamel DB, Dick AW. Impact of trauma center designation on outcomes: Is there a difference between Level I and Level II trauma centers? J Am Coll Surg 2012;215:372-8.

67. Celso B, Tepas J, Langland-Orban B et al. A systematic review and meta-analysis comparing outcome of severly injured patients treated in trauma centers following the establishment of trauma systems. J Trauma 2006;60:371-8.

68. Garwe T, Cowan LD, Neas B et al. Survival benefit of transfer to tertiary trauma centers for major trauma patients initially presenting to nontertiary trauma centers. Acad Emerg Med 2010;17:1223-32.

69. Joynt KE, Harris Y, Orav J et al. Quality of care and patient outcome in critical access hospitals. JAMA 2011;306:45-52.

70. Groven S, Eken T, Skaga NO et al. Long-lassting performance improvement after formalization of a dedicated trauma service. J Trauma 2011;70:569-74.

71. Tu JV, Austin PC, Chan BT. Relationship between annaual volume of patients treated by admitting physician and mortality after acute myocardial infarction. JAMA 2001;285: 3116-22.

72. Tung YC, Chang GM, Chien KL, Tu YK. The relationships among physician and hospital volume, processes, and outcomes of care for acute myocardial infarction. Med Care 2014;52:519-27.

73. Stolker JM, Badawi O, Spertus JA et al. Intensive care units with low versus high volume of myocardial infarction: clinical outcomes, resource utilization and quality metrics. J Am Heart Assoc 2015;4: e001225.

74. Murata A, Matsuda S, Kuwabara K et al. Association between hospital volume and outcomes of elderly and nonelderly patients with acute biliary diseases: a national administrative database analysis. Geriatr Gerontol Int 2013;13:731-40.

75. Kahm JM, Goss CH, Heagerty PJ et al. Hospital volume and the outcomes of mechanical ventilatioon. NEJM 2006;355:41-50.

76. Galvagano Jr SM, Thomas S, Stephens C et al. Helicopter emergency medical services for adults with major trauma. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013, issue 3.

77. Abe T, Takahashi O, Saitoh D, Tokudda Y. Association between helicopter with physician versus ground emergency medical services and survival of adults with major trauma in Japan. Crit Care 2014;18:r146, doi:10.1186/cc13981.

78. Hannay RS, Wyrzykowski AD, Ball CG et al. Retrospective review of injury severity, interventions and outcomes among helicopter and nonhelicopter transport patients at a Level I urban trauma centre. Can J Surg 2014;57:49-54.

79. Hesselfeldt R, Steinmetz, J, Jans H et al. Impact of physician-staffed helicopter on a regional trauma system: a prospective, controlled, observational study. Acta Anaesthesiol Scand 2013;57:660-8.

80. Swanson RS, Pezzi CM, Mallin K et al. The 90-day mortality after pancreatectomy for cancer is double the 30-day mortalty: More than 20 000 resections from the National Cancer Data Base. Ann Surg Oncol 2014;21:4059-67.

81. Pezzi CM, Mallin K, Mendez AS et al. Ninety-day mortality after resection for lung cancer is nearly double 30-day mortality. J Thorac Cardiovasc Surg 2014;148:2269-78.

82. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR et al. A surgical safety checkliist to reduce morbidity and mortality in a global population. NEJM 2009;360:491-9.

83. de Vries EN, Prins HA, Crolla RMPHH et al. Effect of a comprehensive surgical safety system on patient outcomes. NEJM 2010;363:1928-37.

84. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in niine European countries: a retrospective observational study. Lancet 2014;S0140-6736.

85. Jämförande analys av Sveriges universitetssjukhus. Slutmaterial, oktober 2015. http://www.akademiska.se/sv/Pressrum/#/ news/ny-jaemfoerelse-av-sveriges-universitetssjukhus-133090

86. Morris S, Hunter RM, Ramsay AI et al. Impact of centralising acute stroke services in English metropolitan areas on mortality and length of hospital stay: difference-in-differences analysis. BMJ 2014;349::g4757.

87. Nienhuijs SW, Rutten HJ, Luiten EJ et al. Reduction of in-hospital mortality following regionalisation of pancreatic surgery in the south-east of the Netherlands. Eur J Surg Oncol 2010;36:652-6.

88. Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård.

# 9 Forskning, utbildning och kompetensutveckling

**Utredningens bedömning:** Såväl forskning som utbildning och kompetensutveckling gynnas av att patientvolymerna för högspecialiserad vård ökar genom koncentration. Nivåstrukturering och koncentration kommer dock påverka förutsättningarna att bedriva forskning, utbildning och kompetensutveckling, varför alla beslut om koncentration även bör inkludera konsekvensbeskrivningar och åtgärdsplaner för en aktiv forskning och goda utbildningsförutsättningar.

Forskning, utbildning och kompetensutveckling kräver tillräckliga patientvolymer för att kunna bedrivas effektivt och med hög kvalitet. Nedan beskriver vi hur forskning, utbildning och kompetensförsörjning på olika sätt kan komma att beröras av en koncentration av den högspecialiserade vården.

## 9.1 Forskning och högspecialiserad vård

En ökad koncentration av högspecialiserad vård med små patientvolymer skulle enligt vår bedömning innebära en större bas för en bred och kraftfull forskning om såväl behandlingsinsatser som läkemedelsutveckling samt patientrapporterade mått kopplade till hälsoutfall och kvalitet.

Forskning avseende den högspecialiserade vården utgör en liten del av all vårdforskning. Merparten av forskningen avser i stället vanliga sjukdomar, speciellt folksjukdomar och berör därmed inte i någon större utsträckning högspecialiserad vård.

Forskning kopplad till sjukdomsområden med förhållandevis låga volymer och många behandlande enheter ställer stora krav på fungerande lednings- och finansieringsstrukturer för den kliniska forskningen. En stark forskning kräver tillräckligt stora patientunderlag, varför forskning kopplad till högspecialiserad vård missgynnas av att sjukdomsområden med låga volymer behandlas decentraliserat. Det behövs också en kritisk massa av forskningsintresserad sjukvårdspersonal för att skapa en stimulerande forskningsmiljö, liksom biostatistiker och andra forskningskompetenser som inte alltid finns på mindre sjukhus.

Inom ramen för Socialstyrelsens rikssjukvårdsutredningar har Vetenskapsrådet uttalat sig om på vilket sätt forskningen påverkas av att en viss klinisk verksamhet centraliseras. I flera s.k. definitionsutredningar har Vetenskapsrådet påtalat att vinsterna med centralisering av en viss vård kan vara betydande för forskningen på området. Bl.a. framförde Vetenskapsrådet när det gäller den avancerade brännskadevården att ”det största problemet vad gäller möjligheterna att utveckla den avancerade brännskadevården på vetenskaplig grund är splittringen på flera enheter, som var och en inte anses vara bärande som forskningsbas. I dag är antalet patienter som kan innefattas i långsiktiga kliniska forskningsprojekt inom svåra brännskador så litet att det tar många år att genomföra större projekt”.[1]

En välfungerande forskning kopplad till den högspecialiserade vården är en förutsättning för en god hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Nya läkemedel, förbättrade metoder för diagnostik och behandling, förstärkt infrastruktur och kompetent och kunnig personal bidrar till att ständigt förbättra all hälso- och sjukvård. Universitetssjukhusen, med sina tre huvuduppgifter – sjukvård, forskning och utbildning, har en viktig roll för den medicinska forskningen inom den högspecialiserade vården.[2]

[1] Socialstyrelsen. Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 24 september 2008. Stockholm: 2008; Socialstyrelsen. Hjärtkirurgi på barn och ungdomar som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 11 december 2013. Stockholm: 2013; Socialstyrelsen. Hjärt- och lung-transplantationer som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 19 november 2008. Stockholm: 2008.

[2] SOU 2009:43, Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen.

Staten svarar för den forskning och utbildning som bedrivs vid universiteten medan landsting och stat gemensamt svarar för den kliniska forskningen.

Att få fram hur stora medel som avsätts för forskning inom den högspecialiserade vården låter sig inte göras, men det är stora summor som årligen avsätts från både staten, landstingen, olika fonder, stiftelser och organisationer samt olika delar av näringslivet till klinisk forskning och till verksamhet med nära koppling till den kliniska forskningen.[3] Enligt utredningen Klinisk forskning – ett lyft för sjukvården, är den svenska forskningsfinansieringen splittrad och samordningen mellan de olika finansiärerna bristfällig. Bland de större finansieringskällorna till den kliniska forskningen är de statliga s.k. ALF-medlen samt landstingens egna FoU-medel. ALF-medlen överförs från staten via universiteten till berörda landsting. Landstingens egna FoU-medel används i huvudsak till att bekosta infrastrukturer på universitetssjukhusen och till tjänster medan ALF-medlen framför allt finansierar enskilda projekt, forskningstid, infrastruktur, lokaler och strategiska satsningar.[4]

Högspecialiserad vård bedrivs både på universitetssjukhus och på länssjukhus, varför forskningen bör vara stark även lokalt. Det är av stor vikt att universitetssjukhusen och länssjukhusen har fungerande forskningssamverkan för den högspecialiserade vården. Forskningsintresserad personal på mindre sjukhus bör få möjligheter att bedriva forskning, vilket kan möjliggöras bl.a. genom att de adjungeras till aktiva forskningsenheter.

## 9.2 Koncentration ställer krav på samverkan runt utbildning och kompetensutveckling

En ökad koncentration ställer i sin tur krav på en ökad samverkan kring utbildning och kompetensutveckling. Det övergripande ansvaret för sjukvårdens kompetensförsörjning bör ses utifrån ett helhetsperspektiv där behov och efterfrågan på personella resurser ses samlat utifrån respektive landstings befolkningsansvar. Avseende den allra mest högspecialiserade sjukvården är en samordning över lands-

[3] Departementspromemoria 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.
[4] SOU 2009:43, Klinisk forskning – Ett lyft för sjukvården. Slutbetänkande av Utredningen av den kliniska forskningen.

tingsgränserna nödvändig då specialistkompetens kan vara svår att upprätthålla mot bakgrund av att patientvolymerna ofta är små.

Kompetensförsörjning är en viktig och angelägen fråga för all hälso- och sjukvård. Kunniga medarbetare ger bättre vård, nöjdare patienter och friskare medborgare. Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv verksamhet, där nya kunskaper om sjukdomar och behandlingsmetoder hela tiden utvecklas, vilket innebär ökade krav på kostnadseffektiv fortbildning av personalen och effektiv spridning av och tillgång till evidensbaserad kunskap. Kvalitetssäkrade utbildningar som bygger på evidensbaserad kunskap är en viktig del i arbetet med att uppnå en god och säker vård. Detta är en särskild utmaning för den högspecialiserade vården då antal personer med rätt kompetens är betydligt färre än inom annan hälso- och sjukvård.

Att ha rätt antal medarbetare med rätt kompetens blir allt viktigare med hänsyn till både kvalitet och resurseffektivitet. I kapitel 6.3 skriver vi om tillgången på läkare respektive sjuksköterskor. Trots att det finns fler utbildade än någonsin, är bristen inom vissa yrkes- och specialistgrupper påtaglig och i delar av landet är det svårt att rekrytera personal med rätt kompetens.[5] Det är och kommer vara en särskild utmaning att rekrytera, behålla och utbilda personal inom den högspecialiserade vården. Dels utifrån att den på sikt kommer att bli allt mer specialiserad och koncentreras till ett begränsat antal enheter i landet och dels därför att antalet individer med nödvändig kompetens kommer att vara begränsad. Det är därför bl.a. av stor vikt att den högspecialiserade vården ligger nära kopplad till annan specialiserad verksamhet inom samma sjukdomsområde så att personalutbyte kan underlättas.

Vid en ökad koncentration är det förutom specialistkunskapen även centralt att säkerställa den regionala kompetensförsörjningen såsom remitteringskompetens samt möjlighet att tillhandahålla kvalificerad omvårdnad, rehabilitering och palliation på läns- och länsdelssjukhus. Även om viss högspecialiserad vård inte erbjuds lokalt, behöver patienterna kunna identifieras och remitteras till någon av de regionala eller nationella enheterna för vård och behandling och sedan kunna ges eftervård/omvårdnad lokalt nära hemmet.

[5] Socialstyrelsen. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2012. Stockholm: 2013.

Enligt Läkarförbundet som 2013 genomförde en enkätundersökning angående hur specialistläkarutbildningen (ST) bl.a. påverkas av koncentration av vård svarade studierektorer och representanter för specialsitföreningar att

- behovet av sidotjänstgöringar[6] ökar när vissa åtgärder flyttas ut från sjukhus,
- antalet tillgängliga platser för sidotjänstgöring har minskat,
- förutsättningarna att följa upp utbildningskvaliteten och ST-läkarens kompetensutveckling försämras då ST-tjänstgöringen är uppdelad på olika enheter och huvudmän.[7]

Nivåstrukturering och koncentration kan således påverka förutsättningarna att bedriva utbildning och kompetensutveckling, varför alla beslut om koncentration även bör inkludera konsekvensbeskrivningar och åtgärdsplaner så att ändamålsenliga och goda utbildningsförutsättningar skapas vid strukturförändringar. Bl.a. kan koncentration av viss vård innebära att det blir allt vanligare att ST-tjänstgöring kommer att behöva förläggas till flera olika enheter för att ST-läkaren ska kunna nå de krav som ställs för att bli specialist inom ett visst vårdområde. För den enskilde läkaren är det då viktigt att förutsättningar avseende anställning, ersättning för eventuella resor, restid och eventuellt dubbelt boende etc. är goda.

Det är lika viktigt att stödja professionellt lärande, alltifrån utbildning på grundnivå till fortbildning som det livslånga lärandet. Effektiv fortbildning bör ingå som en naturlig del i den dagliga verksamheten med situationer, utmaningar och uppgifter på arbetsplatsen som stimulerar till lärande och utveckling, kompletterad med simulering för befästning av lärande och möjlig bedömning av detta.

Kompetensutveckling sker i dag alltmer via e-learning eller elektroniskt lärande som är ett relativt nytt inlärningssätt och innebär att lärandet sker med hjälp av datorer via nätverk.

Som vi visat tidigare ger träning färdighet. Ett sätt att träna är via s.k. simulering. Simulering är en metod för att träna upplevelser

[6] Med sidotjänstgöring avses den eventuella tid en läkare under specialistutbildning kan behöva tjänstgöra på en annan klinik än den ordinarie för att uppnå specialistkompetensen.
[7] Sveriges läkarförbund. ST i en föränderlig sjukvård. Nya förutsättningar för läkares specialisttjänstgöring. Utredning 2014. Stockholm: 2014.

eller situationer, som efterliknar verkligheten i en kontrollerad miljö. Metoden håller på att etablera sig som en pedagogisk modell för klinisk träning av både tekniska och icke-tekniska färdigheter. Med tekniska färdigheter avses kunskaper och färdigheter knutna till den egna professionen som till exempel att kunna läsa och tolka en röntgenbild, ta en anamnes eller psykomotoriska förmågor såsom att kunna sätta en nål eller utöva ett minimal invasivt kirurgiskt ingrepp. Med icke-tekniska färdigheter avses kognitiva och sociala färdigheter, det vill säga arbetssätt och rutiner som har att göra med ledarskap, teamarbete, beslutsfattande, situationsmedvetenhet och fördelning av arbetsuppgifter. Träning av båda dessa färdigheter krävs för att driva effektivt och säkert vårdarbete.

Förutom att träning ger färdighet är det även av betydelse hur och vem som tränar. Personal som tränar med hjälp av simulering upplever ofta att träningen varit lärorik och känner sig tryggare med nya kunskaper och färdigheter direkt efter ett träningstillfälle. Forskningen visar dock att det inte räcker med träning för att bli bättre. För att kunna kalla sig expert och kunna bedriva en säker vård krävs en medveten träning för att nå högre prestation genom kontinuerlig utveckling av kunskaper och färdigheter.

En genomgående slutsats för alla systematiska översikter avseende simulering av vård och behandling är att simuleringsträning av personal och studenter inom sjukvården har en positiv effekt på lärande i form av ökad kunskap och bättre färdigheter. Det finns också översikter som visar att denna lärandeeffekt av simuleringsträning kan överföras till klinisk miljö och i vissa fall även leda till positiva effekter för patienter. Många av översikterna rapporterar dock vissa brister hos de ingående studierna som t.ex. få randomiserade kontrollstudier, små studier med få deltagare och bristande rapportering av metod och analys.[8]

[8] Masiello I, Mattsson A. Simulering och klinisk träning. Stockholm, 2015. Underlag framtaget för utredningen, Dnr S2014:11/2015/3.

# 10 Internationell utblick

Utredningen har genom artiklar, rapporter och studiebesök studerat hur högspecialiserad vård har organiserats i Danmark, Norge och England. Vi redovisar här hur arbetet kring höspecialiserad vård bedrivits i dessa länder. Gemensamt för de tre är att professionerna har varit centrala aktörer i att ta fram underlag för beslut om koncentration och att processerna har styrts från den nationella nivån, där staten förfogar över finansieringen av hälso- och sjukvården.

## 10.1 Danmark

Danmark[1] har ett relativt omfattande system för nivåstrukturering av den specialiserade vården sedan 1 januari 2006. Den vägledande principen i arbetet är att kvaliteten i vården är överordnad den geografiska närheten. Styrande för nivåstruktureringen är principen ”övning ger färdighet” samt vårdens komplexitet, förekomst/volym och resursförbrukning.

Inledningsvis kan det konstateras att processen för att i högre utsträckning än tidigare koncentrera den specialiserade vården i Danmark har skett parallellt med andra stora strukturreformer som berör hälso- och sjukvården. I början av 2000-talet reducerades antalet kommuner kraftigt och landstingen avskaffades. I stället inrättades fem regioner utan beskattningsrätt. Regeringen, vilken har det huvudsakliga finansieringsansvaret för hälso- och sjukvården i Danmark, har skjutit till mångmiljardbelopp för att snabba på strukturreformerna på sjukhusnivå.

[1] Christianse, Terkel Ten years of structural reforms in Danish healthcare (2012); OECD Reviews of Health Care Quality – ”Denmark Raising standards (2013); Sundhedssstyrelsen, Gennemgang af akutberedskabet (2007); Sundhedsstyrelsen, Specialeplanlägning – begreber, principper og krav (2014); Sundhedsloven (2007/10 II) 207–209 §§.

## Nationell struktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården

Nivåstruktureringen av den specialiserade vården regleras i Sundhedsloven (2007/10 II) 207–209 §§. Där framgår det att Sundhedsstyrelsen fastställer vad som menas med högspecialiserad vård, fastställer vilka krav som gäller för de vårdgivare som tillhandahåller högspecialiserad vård och fattar beslut om vilka vårdgivare som ska få tillstånd att utöva den högspecialiserade vården. Sundhedsstyrelsen följer även upp tillståndsbesluten och har befogenhet att dra in beslut. Besluten fattas av tjänstemän på Sundhedsstyrelsen. Det finns en referensgrupp med representanter från samtliga regioner, professionerna och Sundheds- och Äldreministeriet. Denna referensgrupp ska höras innan Sundhedsstyrelsen fattar beslut om koncentration av en viss vård. Lagstiftningen ger ingen möjlighet att utöva sanktioner mot de vårdgivare som eventuellt inte respekterar fattade beslut mer än att tillstånd fråntas den vårdgivare som inte lever upp till kraven.

Den specialiserade vården har delats in i fyra nivåer beroende på dess komplexitet, patientvolym och resursförbrukning. Huvudfunktion, regionfunktion, högspecialiserad funktion och utvecklingsfunktion. Huvudfunktionen omfattar cirka 90 procent av all specialiserad vård. Sundhedsstyrelsens mandat avser främst nivåerna region- och högspecialiserad funktion.

Den högspecialiserade vård som bedöms ska bedrivas på regionnivå, koncentreras till 1–3 vårdgivare per region, dvs. till mellan 5–15 vårdgivare i landet. Om vården i stället bedöms vara av nationell karaktär, koncentreras vården till 1–3 vårdgivare i Danmark, dvs. alla fem regioner får inte tillhandahålla den mest högspecialiserade vården. Som utvecklingsfunktion räknas sådan specialiserad vård där evidens, användningsområde, organisering och kostnadseffektivitet m.m. behöver utredas innan beslut fattas om vården ska tillhandahållas och på vilken nivå.

I nuläget omfattar processen för att nivåstrukturera den specialiserade vården i Danmark samtliga medicinska specialiteter, 35 stycken, och en odontologisk specialitet. Vid den totalöversyn som gjordes inledningsvis, valdes 1 125 områden ut. Dessa så kallade specialfunktioner avser cirka 700 högt specialiserade funktioner på nationell nivå och 400 regionfunktioner. Arbetet med att ta fram dessa special-

funktioner gjordes genom överläggningar i sakkunniggrupper med representanter från både regionerna och professionerna. Detta arbete formaliserades i så kallade specialvägledningar, en för varje medicinsk specialitet, i vilken kraven på de vårdgivare som vill tillhandahålla regionvård och högspecialiserad vård framgår. Dessa specialvägledningar revideras regelbundet.

Centrala kriterier för att som vårdgivare få tillstånd att tillhandahålla en region- eller högspecialiserad funktion är kapacitet och robusthet; erfarenheter och expertis; kompetens; samarbete och faciliteter; kvalitet och dokumentation; sammanhängande patientflöden och forskning, utveckling och utbildning. Här nedan följer en kort förklaring av respektive kriterium:

- *Kapacitet och robusthet* – vården ska kunna tillhandahållas dygnet runt, året runt, vilket enligt Sundhedsstyrelsen förutsätter minst tre specialistläkare på det särskilda område som tillståndet avser.
- *Erfarenhet och expertis* – tillräcklig volym på individ-, klinik- och sjukhusnivå är en grundförutsättning för att erhålla erfarenhet och en god kvalitet på vården.
- *Kompetens* – tillräcklig personalstyrka med rätt kompetens måste säkras.
- *Samarbete och faciliteter* – det förutsätts att vårdgivarna samarbetar med varandra där detta krävs för att säkra en god vård och ett sammanhängande patientflöde.
- *Kvalitet och dokumentation* – de vårdgivare som har tillstånd att bedriva en specialfunktion ska dokumentera vården i relevanta kvalitetsregister. Vårdgivarna förutsätts också följa de behandlingsriktlinjer som finns på respektive område.
- *Sammanhängande patientflöden* – övergången mellan olika vårdnivåer och vårdgivare ska säkras genom samarbetsavtal.
- *Forskning, utveckling och utbildning* – tillräckliga patientvolymer krävs vilket kan säkras genom samarbetsavtal mellan olika kliniker och vårdgivare. Det förutsätts också finnas processer för ett ordnat införande av nya medicinska metoder. Det kan också ställas krav på nationellt och internationellt forskningssamarbete och koppling till akademin. Sjukhusen ska dessutom delta i utbildningen av nya läkare.

Den regionala och högspecialiserade vården fördelas till vårdgivarna efter ansökan och beslut. Vid själva ansökningsförfarandet samordnar sig respektive region internt innan kontakt tas med Sundhedsstyrelsen genom att övergripande planer för den regionala sjukvården tas fram.

De vårdgivare som har tillstånd att tillhandahålla en viss funktion på regional eller nationell nivå måste årligen inkomma med statusrapporter. Mer omfattande revisioner av samtliga tillstånd görs cirka vart tredje år.

Parallellt med arbetet att nivåstrukturera den specialiserade vården har även akutuppdraget ingått i planeringen. Också i detta sammanhang har principen om en god vård fått gå före närhetsprincipen. Sundhetsstyrelsen har uppskattat att patientunderlaget borde uppgå till mellan 200 000 och 400 000 personer per akutsjukhus. Antalet akutsjukhus har därför reducerats kraftigt. Akutsjukhus respektive traumacentrum motsvarar regionfunktion och högspecialiserad funktion enligt ovan. Det finns specifika krav på vad en akutmottagning på sjukhus respektive traumacentrum ska kunna leverera.

## Sammanfattande slutsatser

Sammantaget vilar processen på en stark professionsmedverkan, allt ifrån urval av medicinska områden till beslut om särskilda tillstånd. Det är dock Sundhedsstyrelsen som med stöd i Sundhedsloven fattar de formella besluten och som också ansvarar för uppföljningen.

Danmark har otvetydigt tagit ett ambitiöst helhetsgrepp. Vi kan inte annat än imponeras av med vilken hastighet Sundhedsstyrelsen har koncentrerat den specialiserade vården i Danmark i jämförelse med de tolv tillstånd som rikssjukvårdsnämnden lyckats fatta beslut om i Sverige under ungefär samma tidsperiod. Processen tycks dessutom ha en relativt hög legitimitet hos både regioner, vårdgivare och patientföreträdare, även om regionerna har haft en del synpunkter på den nationella styrningen. Följsamheten till besluten verkar också ha varit god.

Emellertid, ett system med så många tillstånd som det danska blir onekligen tidskrävande för både experter och myndigheten, inte minst vid revisionerna, vilket var något som framkom vid vårt be-

sök hos Sundhedsstyrelsen hösten 2014.[2] Det framkom också att ambitionen vad gäller uppföljningen av koncentrationen inte varit lika hög som övriga delar i processen och resulterat i ett relativt outvecklat uppföljningssystem. Det finns därför i nuläget ingen ordentlig data som visar på de kvalitativa och ekonomiska effekterna av koncentrationen i Danmark. En eventuell nackdel som vi identifierat med den danska modellen är att den inledande översynen och valet av vårdområden som ska koncentreras har gjorts utifrån de medicinska specialiteterna. Det finns en risk att patienternas behov av exempelvis sammanhållna vårdkedjor kan missas genom en sådan indelning och att koncentrationen därmed riskerar att leda till en ökad fragmentisering.

## 10.2 Norge

2002 övertog den norska staten ägaransvaret för sjukhusen från den regionala nivån. Reformen innebar också att man bildade fyra statligt ägda och regionalt placerade hälsoföretag med ansvar för den specialiserade vården i respektive region. Staten finansierar de regionala helseföretagen.[3]

### Nationell struktur för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården

Norge har ett system för godkännande av nationella respektive flerregionala specialisttjänster samt nationella kompetenscentrum för högspecialiserad vård. Till viss del trädde systemet ikraft redan 1991, men har sedan dess reviderats och dagens system regleras i en föreskrift som trädde i kraft 2011.[4] Huvudsyftet med att inrätta nationella och flerregionala tjänster är ökad kvalitet, likvärdig tillgång till

[2] Studiebesök på Sundhedsstyrelsen, Köpenhamn i november 2014. Träffade Enhetschef Sören Broström, sektionsledare Charlotte Hosbond och specialkonsulent Niels Moth Christiansen. Med på mötet var även Peter Ravn Riis och Kasper Östergaard Nielsen från Sundheds- och Äldreministeriet.
[3] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem. Erfarenheter från Danmark, Norge, England och Nederländerna. Rapport 2014:8. Stockholm: 2014.
[4] Forskrift om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i speicialisthelsetjenesten. FOR 2010-12-17-1706.

vård och behandling i hela landet och kostnadseffektivitet. Vägledande för inrättandet av nationella tjänster är att koncentration bedöms kunna ge resultat i form av bättre prognos och livskvalitet för den berörda patientgruppen.

Det är professionerna som genom något av de fyra helseföretagen ansöker om att få bedriva en nationell tjänst. Det sökande helseföretaget ska ha stämt av och kommit överens med de övriga helseföretagen om behovet av att koncentrera tjänsten innan ansökan görs. Helsedirektoratet ger sedan tillstånd att få bedriva en nationell (vid en plats) eller en flerregional (vid två plaster) behandlingsfunktion alternativt kompetenscentrum. Helsedirektoratet beslutar även om avvekling av nationella tjänster i de fall villkor inte följs. Helsedirektoratet har till sin hjälp en professionssammansatt rådgivningsgrupp med deltagare från de regionala helseföretagen och universiteten vid den vetenskapliga genomgången av ansökningarna inför beslut om tillstånd.

Uppdraget att bedriva en nationell eller flerregional tjänst innebär att vårdgivarna ska:

- Erbjuda vård till alla patienter som har behov av den aktuella högspecialiserade behandlingen.
- Följa och tillgängliggöra behandlingsresultat.
- Delta i forskning och etablering av forskningsnätverk.
- Bidra i relevant undervisning.
- Erbjuda vägledning, kunskaps- och kompetensspridning till hälso- och sjukvården, andra vårdgivare och patienter.
- Genomföra åtgärder för att säkra en likvärdig tillgång till vården.
- Bidra till implementering av nationella riktlinjer och en kunskapsbaserad praktik.
- Etablera fackmässiga referensgrupper.
- Rapportera årligen till departementet eller till det organ som departementet bestämmer.

Uppdraget att bedriva ett kompetenscentrum liknar i stort uppdraget för en behandlingsfunktion, men med fokus på att bygga upp och förmedla kompetens och ansvara för vägledning, kunskap- och

kompetensspridning till hälso- och sjukvården, patienter och andra intressenter. I uppdraget för kompetenscentrum ligger att de ska avveckla sig själva då målet är nått, dvs. att kunskap och kompetens är uppbyggd och spridd.[5]

För samtliga nationella tjänster finns en referensgrupp som består av professionsföreträdare från samtliga helseföretag och patientföreträdare. Det är det regionala helseföretag som har tillstånd att bedriva tjänsten som tillsätter referensgruppen. Referensgruppernas uppdrag är att följa upp att de nationella respektive flerregionala tjänsterna är organiserade och drivs i enlighet med kriterierna i föreskriften och de indikatorer som fastställts för tjänsten.[6]

De nationella tjänsterna följs upp årligen och vart femte år görs en mer djuplodande uppföljning av Helsedirektoratet.[7]

I dagsläget har 39 nationella tjänster, sju flerregionala tjänster och 50 nationella kompetenscentrum tillstånd att bedriva vård och behandling samt ge kompetensstöd.

### Sammanfattande slutsatser

Genom valda ansökningsförfarande har Norge inte tagit ett helhetsgrepp på vad som kan behöva koncentreras. Det är professionerna genom de regionala helseföretagen som föreslår vilken hälso- och sjukvård som bör koncentreras. Konsekvenserna är att man inte heller koncentrerat lika mycket av den högspecialiserade vården som i Danmark.

## 10.3 England

I England är hälso- och sjukvårdssystemet skattefinansierat och allt ansvar är i grunden offentligt. Styrningen är relativt centraliserad. Både organisatorisk och finansiell styrning sker från Departement of Health, sedan 1991 i en beställar-utförarmodell. De reformer som genomfördes 1997 och 2000 decentraliserade beslutsfattandet och ansvar för kvalitet och effektivitet. Uppföljning och kunskapssprid-

[5] Studiebesök på Helsedirektoratet, Oslo i december 2014.
[6] PM: Nasjonale kvalitetskrav for spesialiserte behandlingstjenester. 2015.
[7] OECD. Reviews of Health Care Quality – ”Norway Raising standards”. 2014.

ning leddes dock från nationella organ, vilket skulle ge en gemensam central målstyrning. Efter ytterligare en reform, The Health and Social Care Act 2012 gjordes professionerna mer delaktiga genom medverkan i de nya beställarnämnderna, s.k. Clinical Commissioning Groups.[8]

National Health Services, NHS England, har det samlade utförar-ansvaret, medan National Institute for Health and Care Excellence (NICE) och Care Quality Commission har kvalitetssäkrande uppdrag för den specialiserade vården.[9]

## Styrningen av den specialiserade hälso- och sjukvården

Styrningen av den specialiserade hälso- och sjukvården, inklusive den högspecialiserade vården har utvecklats sedan The Health and Social Care Act 2012. Vägledande principer för styrningen av den specialiserade vården är tillräckliga volymer för att klinisk kompetens ska kunna upprätthållas och bästa resultat ska kunna uppnås. Samordningen och koncentrationen av vårdutbudet anses även bidra till att säkra tillgången till specialistutbildad personal samtidigt som bättre förutsättningar för fortbildning skapas. Ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdssektorns resurser måste även kunna säkras. Den specialiserade vården har vanligen ett begränsat antal utförare med ett befolkningsunderlag som överstiger en miljon, och sammantaget utgör verksamheten cirka 14 procent av NHS totala budget.

Kliniska referensgrupper som består av professionsföreträdare, etiker och tjänstemän från sjukvården och ansvariga myndigheter har en central roll i planeringen. Specialistvården har delats in i sex stora områden; internmedicin, cancer, mental hälsa, trauma, kvinnor och barn och blod och infektion. Dessa domäner har i sin tur delats in i 75 mindre områden och en klinisk referensgrupp har tillsatts per delområde, dvs. totalt 75 stycken. Dessa referensgrupper har till uppgift att bl.a. göra en vårdprocessbeskrivning, vilka patientvolymer som krävs och andra krav som behöver vara uppfyllda för att en god vård ska kunna bedrivas samt remitteringskriterier. Referensgrup-

[8] Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem, 2014:8. Stockholm: 2014.
[9] http://www.england.nhs.uk/

perna ska även göra en nivåinventering och ange om den specifika åtgärden ska erbjudas på nationell eller regional nivå.[10]

NHS Commissioning Board och fem Clinical Commissioning Groups har till uppgift att genom riktade beställningar fördela den specialiserade vården på nationell respektive regional nivå. Beställningarna görs utifrån de kravspecifikationer som de kliniska referensgrupperna har tagit fram. Arbetet i de 75 referensgrupperna har lett fram till 143 specialitetsområden som har fördelats på nationell och regional nivå. Listan omfattar ett antal syndrom och lågfrekvent förekommande kliniska tillstånd samt även nivåstrukturerade områden av högspecialiserad vård som hjärtkirurgi för barn och vuxna med medfödd hjärtsjukdom, transplantationer, cochleaimplantat, kraniofacial kirurgi, diagnostik av ovanliga neuromuskulära sjukdomar, barnintensivvård, svåra olycksfall, spinalskadevård, brännskador och viss speciell andningsvård.

Beställningarna från NHS Commissioning Board och Clinical Commissioning Groups motsvarar både upphandling och licensiering, varför processen innehåller planering, kontraktering och uppföljning av den kliniska verksamheten. I arbetet ingår även att identifiera hälso- och sjukvårdsbehovet för olika patientgrupper, analysera vårdkedjor och ta fram kravkriterier för vården med tillhörande instrument för kontinuerlig utvärdering.

Processen för den högspecialiserade vården har ett tydligt fokus på nationell samordning av vårdutbudet. Detta uppnås genom aktivt interagerande mellan myndigheter och utförare, bl.a. med hjälp av multidisciplinära årliga möten för granskning (clinical audit) av vården. En särskild nationell funktion har till uppgift att säkra att den hälso- och sjukvård som bara tillhandahålls på nationell nivå avser verksamheter med små patientvolymer och att samordning sker mellan dessa nationella utförare. Högt specialiserad läkemedelsbehandling och medicinteknik kommer däremot att utvärderas av NICE framöver.[11]

[10] http://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/
[11] http://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/

# 11 Alternativa strukturer för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården

**Utredningens bedömning:** Befintliga nationella processer för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården är inte ändamålsenliga och tillräckliga.

Den huvudsakliga uppgiften i vårt utredningsuppdrag är att analysera och lämna förslag på en effektiv berednings- och beslutsprocess som möjliggör en ökad koncentration av den högspecialiserade vården. Vi har analyserat både befintliga nationella strukturer för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården och ett antal olika alternativa lösningar.

## 11.1 Befintliga strukturer för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården

Den historiska återblick som görs i kapitel 5 visar på många initiativ och en ambition att koncentrera den högspecialiserade vården. Olika former av samordning och styrning har prövats. Tillsättandet av utredningar och de regelbundna förändringarna av samordningsstrukturer vittnar emellertid om att effekterna inte blev som det var tänkt. Förmågan att genomföra större förändringar har saknats och effekterna av de olika samordningsmodellerna har därför varit mycket begränsade. Dagens rikssjukvård är inget undantag från ovanstående beskrivning. Vår analys visar att rikssjukvårdssystemet inte har lyckats koncentrera den högspecialiserade vården i någon större

omfattning. Beredningss- och beslutsprocessen har varit tidskrävande och ineffektiv i förhållande till antalet beslutade tillstånd.

Vi gör bedömningen att det inte är lagstiftningen i sig som är det huvudsakliga problemet, utan att det är en avsaknad av helhetsperspektiv som främst bidragit till ineffektiviteten. Bristen på helhet beror dels på Rikssjukvårdsnämndens (RSN) val av definition av vad rikssjukvård är och dels på myndighetens val av arbetsprocess.

Den högspecialiserade vården av rikskaraktär ska enligt RSN ha ett upptagningsområde som omfattar minst två sjukvårdsregioner utöver den egna. Detta innebär att rikssjukvård som mest kan bedrivas vid två enheter i landet. Denna kraftiga begränsning av hur många vårdgivare som får bedriva en viss typ av rikssjukvård har i sin tur begränsat vilken vård som har bedömts lämplig för rikssjukvård.

Processen är dessutom uppstyckad i fyra mer eller mindre självständiga delprocesser, där avstämning eller beslut ska ske i rikssjukvårdsnämnden efter varje avslutad delprocess. Sjukvårdshuvudmännen och Socialstyrelsen hade fram till 2015 ensamrätt på att föreslå områden lämpliga för koncentration. Effekten av ett sådant nomineringssystem blir lätt att för få och kanske inte heller alltid de mest prioriterade områdena/åtgärderna ur ett patient- och samhällsperspektiv nomineras och utreds. De få områden som till slut har identifierats lämpliga för rikssjukvård och som har utretts av Socialstyrelsen, har av dessa anledningar varit smala och omfattat små patientgrupper.

Sammantaget har strukturen för dagens rikssjukvård inte lyckats bli den plattform för strategisk planering och styrning av den högspecialiserade vården i syfte att förbättra vårdkvaliteten och resurseffektiviteten. Den uppstyckade processen och valet av mycket smala områden för koncentration har begränsat överblickbarheten och möjligheten att göra korrekta konsekvensbedömningar avseende patienternas behov av en sammanhållen vård, akutuppdraget, forskning och utbildning etc.

Som en separat struktur, skild från rikssjukvården, har en nationell process för nivåstrukturering av cancervården inrättats. Hitintills har landstingen endast kommit överens om att koncentrera ett område, peniscancerkirurgi, till två enheter i landet. Ett beslut som i likhet med rikssjukvårdens beredningss- och beslutsprocesser tog relativt lång tid och enbart berör ett hundratal patienter per år. Fler koncentrationsbeslut väntas dock vid årsskiftet 2015/2016.

Till skillnad från rikssjukvården saknas ett enhetligt nationellt beslutsorgan inom cancersamordningen, varför samtliga beslut måste förankras och beslutas på landstingsnivå. Inte heller dagens sjukvårdsregioner är enhetliga utan det varierar i vilken utsträckning beslut kan fattas regionalt. Även om fler beslut väntar, har även denna struktur visat sig vara begränsad och relativt trögrörlig. Dock har man som ambition att fatta beslut om koncentration av flera cancerdiagnoser samtidigt, vilket kan förenkla konsekvensanalysen vid fördelningen av vården över landet.

Vi anser att det är olyckligt att rikssjukvården och cancersamordningen har utvecklats som två separata spår. Det finns självklart både fördelar och nackdelar med de båda processerna, men det blir svårt att uppnå den önskvärda samordningen och styrningen av den högspecialiserade vården med flera parallella strukturer.

Sammanfattningsvis kännetecknas samordningen och styrningen av den högspecialiserade vården i Sverige av brist på helhetsgrepp, där bara en begränsad andel av den högspecialiserade vården har koncentrerats. Nivåstrukturering sker i parallella strukturer och beslutsprocesserna är tidskrävande. Vi gör därför bedömningen att rikssjukvården och den nationella nivåstruktureringen av cancervården inte har kapacitet att koncentrera den högspecialiserade vården i en betydligt större omfattning och därför inte är ändamålsenliga och tillräckliga.

## 11.2 Alternativa strukturer

Vi har analyserat olika alternativa strukturer för att uppnå en så ändamålsenlig nivåstrukturering av den högspecialiserade vården som möjligt. Vi har bedömt att dessa strukturer bör innehålla två delmoment; vilken hälso- och sjukvård som ska anses vara högspecialiserad och var den ska bedrivas. Vi har också bedömt att nivåstruktureringen behöver ske både nationellt med landet som upptagningsområde och regionalt i respektive sjukvårdsregion. Vi har övervägt hur dessa olika delar ska kunna administreras på bästa möjliga sätt och prövat alternativen vid våra regionala dialoger och vid andra möten med bl.a. patient- och landstingsföreträdare (se kapitel 4).

Här nedan skisserar vi de huvudsakliga alternativ som vi har övervägt.

## Vilken hälso- och sjukvård behöver koncentreras?

Identifieringen av vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras nationellt och regionalt är avgörande i en koncentrationsprocess och kan göras på flera olika sätt. Exempelvis har man inom dagens system för rikssjukvård använt sig av ett mer eller mindre begränsat nomineringsförfarande.

Ett alternativ är i stället att företrädare för patienterna och professionerna i s.k. sakkunniggrupper utför en omfattande inventering utifrån sjukdomsgrupper, där en behovsanalys görs av vilka specialiserade åtgärder som behöver koncentreras på nationell och regional nivå.

Beredningen av förslagen om vilken vård som bör koncentreras behöver administreras och beslut behöver fattas, antingen av landstingen själva eller av en myndighet. Om landstingen ska kunna enas om vilken högspecialiserad vård som ska koncentreras, behövs ett nationellt beslutsorgan för detta. En alternativ lösning är att en ansvarig myndighet fattar beslut, antingen på egen hand eller att ett särskilt beslutsorgan i form av en nämnd inrättas vid myndigheten. Nämndens sammansättning kan konstrueras på olika sätt.

## På vilka platser ska den högspecialiserade vården bedrivas?

När väl behovet av koncentration är identifierat, följer en beredningsoch beslutsprocess för att identifiera och besluta vilka vårdgivare som ska få bedriva den högspecialiserade vården. Här nedan följer en presentation av tre alternativa processer för beslutet om **var** den högspecialiserade vården ska bedrivas.

### *Statlig struktur för beslut om var nationell och regional högspecialiserad vård ska bedrivas (alternativ 1)*

I det första alternativet får en ansvarig myndighet uppgiften att besluta om vilka vårdgivare som ska få bedriva den nationella och regionala högspecialiserade vården. Förslaget liknar i stort Danmarks beslutsprocess (se kapitel 10.1).

Landstingen får ansöka om att bedriva den högspecialiserade vården och förslagsvis sker en viss samordning inom respektive sjukvårds-

region innan ansökan görs. Besluten bereds med eventuella referensgrupper. Ansvarig myndighet beslutar därefter om vilka vårdgivare som ska få bedriva den nationella och regionala högspecialiserade vården.

Besluten om vilka vårdgivare som ska få bedriva den högspecialiserade vården kan fattas av ansvarig myndighetschef eller av ett särskilt beslutsorgan i form av en nämnd vid myndigheten. Nämndens sammansättning kan konstrueras på olika sätt.

### *Regional struktur för beslut om var nationell och regional högspecialiserad vård ska bedrivas (alternativ 2)*

I alternativ två har i stället sjukvårdshuvudmännen det fulla beslutsansvaret om var den nationella och regionala högspecialiserade vården ska bedrivas.

Om landstingen ska ansvara för nivåstruktureringen av all högspecialiserad vård behöver en gemensam beslutsstruktur för landstingen inrättas på nationell nivå. Där skulle landstingen behöva fatta beslut om var den nationella högspecialiserade vården med Sverige som upptagningsområde ska bedrivas. Denna beslutsplattform skulle exempelvis kunna utformas som ett kommunalförbund med samtliga landsting som medlemmar och där landstingen överlåter sin beslutanderätt till kommunalförbundet om var sådan vård ska bedrivas.

Dagens beslutsstrukturer på sjukvårdsregional nivå ser olika ut, vilket bl.a. cancersamordningen visar. Sjukvårdsregionerna skulle behöva förstärka samarbetet och beslutsförmågan för att kunna fatta beslut om var den regionala högspecialiserade vården ska bedrivas. Detta skulle kunna göras bl.a. genom att landstingen i sjukvårdsregionen delegerar ansvar och beslutanderätt om nivåstruktureringen till en regional samverkansorganisation med mer formell beslutandemakt än i dag. Den förstärkta samverkan på regional nivå skulle kunna ske genom att ersätta dagens samverkansnämnder med kommunalförbund som man t.ex. har gjort i Norra sjukvårdsregionen, eller med en gemensam nämnd med beslutsmandat som i Sydöstra sjukvårdsregionen.

*En kombination av statlig och regional styrning av var den högspecialiserade vården ska bedrivas (alternativ 3)*

Den tredje och sista alternativa beslutsprocessen avseende var den högspecialiserade vården ska bedrivas är en förening av statlig och regional styrning och därmed en variant på alternativ ett och två, se ovan.

Landstingen får ansöka om att bedriva den nationella högspecialiserade vården. Förslagsvis sker en viss samordning inom respektive sjukvårdsregion innan ansökan görs. Ansvarig myndighet eller ett särskilt beslutsorgan i form av en nämnd vid ansvarig myndighet fattar beslut om vilka vårdgivare som ska få bedriva den nationella högspecialiserade vården.

På motsvarande sätt fattar respektive sjukvårdsregion beslut om var den regionala högspecialiserade vården ska bedrivas. Samtliga sex sjukvårdsregioner har förslagsvis förstärkt sin beslutsförmåga genom att ersätta den traditionella samverkansnämnden som flera sjukvårdsregioner har, med en gemensam nämnd eller ett kommunalförbund, till vilken landstingen i sjukvårdsregionen har överlåtit beslutanderätt om var regional högspecialiserad vård ska bedrivas.

## 11.3 För- och nackdelar med de alternativa strukturerna

Utredningen har analyserat för- och nackdelar med de ovan redovisade sätten att administrera de olika delmomenten i nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården. Detta har främst gjorts genom dialoger med politiker, tjänstemän, sjukhusledningar och företrädare för professioner, akademin och patienter i samtliga sjukvårdsregioner. Här följer ett resonemang om hur våra alternativa förslag togs emot vid dessa dialoger.

Vårt *förslag om en inledande gemensam beredningsstruktur och beslut om **vad** som behöver koncentreras* bedömdes som både acceptabel och nödvändig för trovärdigheten. Av diskussionerna i dialogmötena framkom att en helhetsöversyn i stället för enskilda nomineringar och en statlig samordning av bedömningen om vilken hälso- och sjukvård som behöver koncentreras var att föredra. Skälen var bl.a. överblickbarhet, helhetsperspektivet, oberoendet av regionalpolitiska hänsyn och trovärdighet.

Vad gäller våra tre alternativ om ansvarsfördelningen för beslutet om **var** den högspecialiserade vården ska bedrivas tyckte man följande.

Vårt *första alternativ om en statlig struktur för beslut om var den högspecialiserade vården ska bedrivas*, bedömdes möjliggöra transparens och ett helhetsperspektiv i bedömningen av vilka vårdgivare som får utföra den högspecialiserade vården. Vidare menade många regionrepresentanter att en statlig samordning och styrning borgar för mindre regionalpolitiska hänsyn och därmed ett system med bättre beslutsförmåga. Helhetsperspektivet i bedömningarna kan bidra till att skapa förutsättningar för en mer jämlik vård avseende den medicinska kvaliteten över landet samt en mer samordnad styrning och satsning på forskning och utveckling.

Till förslagets nackdel lyftes bl.a. huruvida en ökad statlig styrning i den omfattningen går att förena med det kommunala självstyret. Beslut som fattas på nationell statlig nivå riskerar också att tappa i förståelse för landstingens varierande utmaningar, dvs. den så viktiga förankringen, vilket i sin tur kan försämra följsamheten till fattade beslut och förtroendet för systemet i sin helhet. Risk för en omfattande och tidskrävande byråkrati lyftes också som en potentiell nackdel.

Vårt *andra alternativ om en regional struktur för beslut om var den högspecialiserade vården ska bedrivas*, bemöttes med tveksamhet av de flesta landstings-, professions- och patientrepresentanter som deltog i våra dialoger. Deltagarna ansåg visserligen att förslaget skulle kunna gynna och utveckla den regionala samverkan och driva landstingen mot att bilda större regioner, vilket skulle förstärka den regionala beslutsförmågan. Det regionala ansvaret skulle också borga för en lokal förståelse och förankring innan beslut fattas och skulle därigenom kunna öka följsamheten till fattade beslut.

Regionrepresentanterna var dock samstämmiga i sin bedömning att ett allt igenom regionalt ansvar inte skulle ha tillräckligt med muskler. Det konstaterades att det utöver Sveriges kommuner och landsting (SKL) saknas en naturlig samordnings- och beslutsplattform för landstingen på nationell nivå. Av denna anledning skulle landstingen inte inom rimlig tid kunna fatta svåra koncentrationsbeslut som avser vård på färre än sex enheter i landet. I stället för bästa medicinska kvalitet och patientsäkerhet, skulle regionalpolitiska hänsyn i allt för hög grad riskera att styra prioriteringarna

och fördelningen av vård mellan olika sjukhus och sjukvårdsregioner. Det fanns även en viss misstro bland flera regionföreträdare mot den egna förmågan att nivåstrukturera den regionala högspecialiserade vården inom sin egen sjukvårdsregion.

En regionalt styrd process skulle dessutom riskera att bli mindre transparent än en centralt placerad statlig sådan. Likaså skulle även den nationella helhetssynen riskera att gå förlorad utan en ansvarig myndighet, vilket skulle kunna riskera likvärdigheten i vården och hänsyn till forskning och utveckling.

Vårt *tredje alternativ om en kombination av statlig och regional styrning av var den högspecialiserade vården ska bedrivas*, togs emot väl. Det samlade omdömet var allt igenom positivt. Ansvarsfördelningen mellan den statliga nivån och sjukvårdsregionerna och landstingen förenar fördelarna från de båda föregående mer renodlade förslagen. Det nationella helhetsperspektivet förenas med den lokala förankringen och huvudmännens ansvar för tillhandahållandet av hälso- och sjukvård. Beslutsprocessens fördelning av ansvar mellan staten och sjukvårdshuvudmännen ansågs minska ingreppet i det kommunala självstyret, vilket dessutom bedömdes kunna öka legitimiteten för systemet och därmed möjligheten att faktiskt sjösätta förslaget i verkligen. Den främsta nackdel som identifierades med förslaget var en eventuell risk för otydlighet i gränssnittet mellan den statliga och regionala beslutsnivån.

Vi har även träffat nätverken för landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörer samt sjukvårdsdelegationen vid SKL. Gemensamt för landstings- och hälso- och sjukvårdsdirektörerna var att de i likhet med vad som framkom vid de regionala dialogerna, bejakade och bekräftade behovet av ett ambitiöst helhetsgrepp och ett statligt inslag i processen. Flertalet av direktörerna förordade en myndighetsstyrd professionell översyn av vad som ska vara nationell och regional högspecialiserad vård och en kombination av statlig och regional styrning av var den koncentrerade vården ska bedrivas. De menade att fokus bör ligga på snabba processer som inkluderar mycket av den högspecialiserade vården.

Landstingspolitikerna i sjukvårdsdelegationen var inte lika positiva till utredningens alternativa förslag om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Gemensamt för de politiska representanterna var att de ansåg att sjukvårdshuvudmännen borde ansvara för hela processen, från urval av vilken hälso- och sjukvård som bör

koncentreras till val av vårdgivare som får utföra den koncentrerade högspecialiserade vården.

## 11.4 Utredningens bedömning

Vi bedömer att de befintliga nationella processerna för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården varken är ändamålsenliga eller tillräckliga. Bedömningen avser dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Vi förordar i stället en kombination av statligt och regionalt ansvar och styrning där s.k. sakkunniggrupper med patient- och professionsföreträdare får en nyckelroll i identifieringen av vilken specialiserad hälso- och sjukvård som ska koncentreras.

Vi anser att vi har fått starkt stöd för detta förslag vid våra dialoger och att motsvarande stöd inte finns för en process där landstingen helt på egen hand ansvarar för nivåstruktureringen. Vis av erfarenhet gör flertalet intressenter som vi träffat bedömningen att landstingen har en begränsad förmåga att på egen hand driva utvecklingen mot en ökad koncentration. Detta visar både tidigare utredningar och vår trendanalys av koncentrationen av avancerad kirurgi (se även kapitel 5, 8). Vi kommer i de följande kapitlen utveckla våra överväganden och förslag.

# 12 Definition av begreppet högspecialiserad vård

**Utredningens förslag:** Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås.

Högspecialiserad vård indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård.

Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion.

Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i varje sjukvårdsregion men på ett begränsat antal enheter.

En del i utredningens uppdrag är att precisera innehållet i och omfattningen av begreppet högspecialiserad vård. Vi kan konstatera att detta uppdrag innebär en viss utmaning. Begreppet är dynamiskt, dvs. den specifika hälso- och sjukvård som bedöms som högspecialiserad förändras till viss del över tid. Med kunskapsutvecklingen och de landvinningar som görs inom hälso- och sjukvårdssektorn, förändras behandlingsmöjligheterna. Det som en gång var komplicerat och endast kunde eller borde utföras av ett fåtal läkare, kanske kan och bör breddinföras genom nya terapier och nationella vårdprogram.

Genom att definiera begreppet högspecialiserad vård skapas förutsättningar för en effektiv process för koncentration av den högspecialiserade vården. Detta är också något som vi fått stöd för från många av de landstings-, professions- och patientföreträdare som vi träffat vid våra dialoger i sjukvårdsregionerna. De menar att en veder-

tagen definition kan skapa en samsyn och därmed kraft i den process som ska leda fram till en ökad koncentration av den högspecialiserade vården.

Det finns i nuläget ingen enhetlig definition av begreppet högspecialiserad vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) eller i andra författningstexter eller styrande dokument.

Den så kallade rikssjukvården har kommit att omfatta en mycket begränsad del av den högspecialiserade vården. Vi gör bedömningen att själva definitionen begränsar. I 9 a § hälso- och sjukvårdslagen definieras rikssjukvården som ”hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde”. Den så kallade Rikssjukvårdsnämnden har valt att begränsa definitionen i hälso- och sjukvårdslagen ännu mer genom att klargöra att det ska vara vård av rikskaraktär och upptagningsområdet ska omfatta minst två sjukvårdsregioner utöver den egna. Rikssjukvård kan därmed bara bedrivas på som mest två enheter i landet.

I den promemoria som föregick regeringens proposition 2005/06:73 om nationell samordning av rikssjukvården, föreslogs att högspecialiserad vård skulle definieras som ”hälso- och sjukvård som kräver att vården samordnas mellan två eller flera landsting. Sådan vård indelas i regionsjukvård och rikssjukvård.”[1] Det kan noteras att den delen av definitionen som avsåg regional högspecialiserad vård och dess behov av samordning inte återfanns i efterföljande proposition och lagstiftning.

## 12.1 Vad är högspecialiserad vård?

Vi föreslår att begreppet högspecialiserad vård ska definieras som *komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås. Högspecialiserad vård indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård.*

[1] Departementspromemoria 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.

*Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion. Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i varje sjukvårdsregion men på ett begränsat antal enheter.*

Med vårt förslag till definition av högspecialiserad vård frångår vi därmed dagens definition av rikssjukvård som vi anser i allt för hög grad begränsar synen på vad som är högspecialiserad vård och därmed vilken vård som behöver koncentreras.

De kriterier som vi föreslår kännetecknar den högspecialiserade vården, dvs. vårdvolym, behov av multidisciplinär kompetens eller stora investeringar återfinns även bl.a. inom dagens system för rikssjukvård. Där har dock volymkriteriet inte i sig varit ett tillräckligt skäl för att definiera en verksamhet som rikssjukvård.[2] Motsvarande kriterier finns även inom den nationella nivåstruktureringen av cancervården[3] och inom ramen för Danmarks system för nivåstrukturering av den specialiserade vården (se även kapitel 7, 10).

Vår definition inkluderar även den regionala nivån, eftersom vi gör bedömningen att det är mer än den mest avancerade hälso- och sjukvården som är betjänt av en koncentration och därmed av en ökad samordning och styrning. Litteraturstudier och egna analyser från svensk data har entydigt visat att hälso- och sjukvården behöver koncentreras även för åtgärder som görs relativt ofta, i syfte att upprätthålla eller förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Även för vanligt förekommande åtgärder som t.ex. höftledsoperationer, prostatacanceroperationer eller åtgärder vid hjärtinfarkter krävs tillräckliga volymer för att sjukhus och vårdpersonal ska upprätthålla en god kvalitet. Det finns också andra skäl för att koncentrera vården. Möjligheterna att lära av varandra, uppnå tillräckligt patientantal för forskning och behov av kringresurser talar också för att mer hälso- och sjukvård bör koncenteras. På liknande sätt valde den tidigare utredningen om högspecialiserad vård att vidga begreppet och inkludera regionsjukvården i förslaget till definition i ovan nämnda promemoria.[4]

Vi föreslår att definitionen regleras i hälso- och sjukvårdslagen och fungerar som ett ramverk för den beredning- och beslutsprocess

[2] Socialstyrelsen. Hjärtkirurgi på barn och ungdomar som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 11 december 2013. Stockholm: 2013.
[3] Sveriges kommuner och landsting. Nivåstrukturerad cancervård – för patienternas bästa. Stockholm: 2013.
[4] Departementspromemoria 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.

som vi i nästkommande kapitel föreslår ska gälla för den högspecialiserade vården. Vi inser att det i vissa fall kan vara aktuellt att skicka patienter till ett annat land för avancerad diagnostik eller behandling. De nationella enheter som kommer bedriva högspecialiserad vård framöver kommer behöva ha ett upparbetat samarbete med internationella aktörer för att bl.a. stärka kompetensutvecklingen och forskningen. Vi har dock valt att exkludera den internationella nivån från vårt förslag till definition eftersom den ligger utom räckhåll för en lagreglerad nationell samordning och styrning av den högspecialiserade vården.

Här nedan följer en mer utförlig diskussion om de tre styrande kriterierna vårdvolym, behov av multidisciplinär kompetens och stora investeringar eller höga kostnader.

## Volym

Efter omfattande litteraturstudier av Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och egna analyser av såväl internationella som svenska förhållanden (se kapitel 8), gör vi bedömningen att svenska sjukhus och behandlare måste göra fler åtgärder än vad de gör i dag för att upprätthålla eller förbättra kvaliteten och patientsäkerheten. Volymkravet bör därför väga tungt i prövningen av vad som ska anses vara högspecialiserad vård inom respektive område. Ett riktmärke för volymen bör vara att varje sjukhusenhet ska göra minst inom intervallet 50–100 åtgärder per år och varje behandlare eller team ska göra minst 30 åtgärder per år för att uppnå acceptabel vårdkvalitet. Högre volymer kan sannolikt förbättra resultaten ännu mer, men kan vara svåra att uppnå i Sverige med hänsyn till befolkningsunderlag och krav på att upprätthålla kompetens för att klara akuta insatser. Beroende på sjukdomens förekomst, befolkningsstruktur etc. kan dessa riktmärken behöva revideras om specifika förutsättningar så kräver. Benämningen åtgärd har vi valt för att understryka att definitionen kan omfatta såväl kirurgiska, diagnostiska och behandlande områden som rehabiliterande åtgärder inom alla vårdområden.

En ökad patientvolym bidrar inte bara till en förbättrad kvalitet i det kliniska arbetet. Forskningen är också beroende av tillräckligt stora patientvolymer (se även kapitel 9). Vetenskapsrådet har inom

ramen för Socialstyrelsens rikssjukvårdsutredningar fått uttala sig om på vilket sätt forskningen påverkas av att en viss klinisk verksamhet centraliseras. Vetenskapsrådet har i flera s.k. definitionsutredningar framfört att vinsterna med centralisering av en viss vård verkar vara betydande för forskningen på området. Koncentration förenklar forskningen på många sätt. Fler patienter medför bl.a. att antalet forskningsaktiva individer inom ett visst specialområde ökar och att förutsättningarna för tvärvetenskapligt och multiprofessionellt forskningssamarbete förbättras. När en s.k. optimal kritisk massa nås, skapas enligt Vetenskapsrådet förutsättningar för forskning av hög internationell standard.[5]

## Multidisciplinär kompetens

Den högspecialiserade vården utmärks av en intensiv kunskapsutveckling, vilket har medfört att specialiseringen och därmed också komplexiteten har ökat och ökar alltjämt. Detta innebär att vårdpersonal med olika professioner och olika specialistkompetenser inom en specifik profession avseende bl.a. medicin, kirurgi och omvårdnad många gånger måste samarbeta om varje enskild patient. Dessutom behövs resurser som exempelvis avancerad bilddiagnostik och provtagning samt rehabilitering och i vissa fall palliativ vård.

För den högspecialiserade vården är det viktigt att få ihop vården till en helhet där tillgång till flera professioner med rätt kompetens i teamet, specialanpassade lokaler och stödresurser är en förutsättning för ett gott resultat. Behovet av sådan multidisciplinär kompetens kan vara stor för viss högspecialiserad vård, samtidigt som tillgången till viss kompetens kan vara begränsad i landet. Denna begränsning i personella resurser och kompetens utgör på samma sätt som volym ett skäl för koncentration.

[5] Socialstyrelsen. Behandling av svåra brännskador som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 24 september 2008. Stockholm: 2008; Socialstyrelsen. Hjärtkirurgi på barn och ungdomar som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 11 december 2013. Stockholm: 2013; Socialstyrelsen. Hjärt- och lungtransplantationer som rikssjukvård. Underlag till Rikssjukvårdsnämndens möte den 19 november 2008. Stockholm: 2008.

## Höga kostnader eller stora investeringar

I takt med den positiva kunskapsutvecklingen, ökar även behandlingsmöjligheterna genom nya medicintekniska produkter och läkemedel som många gånger kan innebära stora investeringar och höga kostnader för den enskilda kliniken eller landstinget.

Historiskt sett har samordningen mellan landstingen vad gäller inköp av dyr medicinteknisk utrustning brustit, med resultatet att det finns för få patienter för att sjukvården ska kunna utnyttja utrustningen maximalt och därmed använda de resurser som finns på ett optimalt sätt. Ett tydligt exempel på bristande samordning är inköpen av robotassisterad kirurgi. Operationsroboten Da Vinci är ett avancerat instrument som på sikt kan ha fördelar och underlätta inlärningen av laparoskopisk teknik. Problemet är att nyttan av robotassisterad kirurgi hittills har visat sig vara mycket begränsad i de systematiska översikter som gjorts.[6]

SBU ordnade tillsammans med landstingens egna HTA-enheter, dvs. enheter som utvärderar metoder och tekniker i hälso- och sjukvården, en workshop i september 2013 med rubriken ”Hur många robotar behöver vi i Sverige och till vad?”. Robotarna innebär en betydande investering i storleksklassen 15–20 miljoner kronor förutom ökade driftkostnader. Trots detta var 18 operationsrobotar inköpta av landstingen i Sverige redan 2013, vilket är en internationellt sett mycket hög andel robotar per invånare. Kapaciteten är betydligt större än utnyttjandegraden. Inte heller fanns någon samordnad plan för utvärdering av robotassisterad kirurgi. Landstinget i Halland har t.ex. robotar både i Halmstad och i Varberg. Vi betvivlar att detta är ett optimalt utnyttjande av landstingens resurser. Det framgår också av en del beslutsunderlag för inköp av robotar att det främsta motivet till inköpet varit att rekrytera eller behålla kirurger lokalt, snarare än patientnyttan. Detta är ett exempel på en högspecialiserad verksamhet som kräver stora investeringar och där mer samordnad planering hade varit av godo.

[6] Löfgren P, Björnsson S, Daxberg E et al. Pediatric robotically assisted surgery for pyeloplasty and fundoplication. Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, HTA-centrum. HTA-rapport 2014:68 ; Liu H, Lawrie T A, Lu D et al. Robot-assisted surgery in gynaecology.The Cochrane Library,2014, Issue 12; Tandogdu Z, Vale L, Fraser C et al. A Systematic Review of Economic Evaluations of the Use of Robotic Assisted Laparoscopy in Surgery Compared with Open or Laparoscopic Surgery. Appl Health Econ Health Policy. 2015 Oct;13(5):457-67.

Inrättandet av protonstrålningsanläggningen Skandionkliniken är dock ett unikt och gott exempel på hur huvudmännen i stället har samordnat sig i ett kommunalförbund för att klara av de stora investeringskostnaderna för byggnationen och kostnaderna för driften av anläggningen, se vidare kapitel 6.2.

## 12.2 Nationell och regional högspecialiserad vård

Våra analyser av de svenska förhållandena för volym och kvalitet visar på behovet av koncentration, inte bara av den mest avancerade vården utan även längre ned i vårdpyramiden. Vi har av denna anledning valt att skilja på *nationell högspecialiserad vård* och *regional högspecialiserad vård*.

Definitionen utgår ifrån dagens struktur med sex sjukvårdsregioner. Vi föreslår att den nationellt högspecialiserade vården ska erbjudas nationellt, men inte i varje sjukvårdsregion. Erfarenheterna från dagens system med rikssjukvård, där varje område bara får bedrivas av som mest två riksenheter, har visat sig vara en begränsande faktor. Rikssjukvården har bl.a. av denna anledning kommit att avgränsas till åtgärder med relativt låga patientvolymer. Vårt förslag till definition av nationell högspecialiserad vård medför ett tydligt krav på koncentration, men ger samtidigt utrymme för viss flexibilitet. Som mest kan viss nationell högspecialiserad vård utföras vid fem nationella enheter i landet.

Med riktmärket att det som definieras som högspecialiserad vård ska ske i en omfattning om minst inom intervallet 50–100 åtgärder per år och enhet, innebär det att det rör sig om vård upp till storleksordningen 500 åtgärder per år i Sverige.

Den regionala högspecialiserade vården ska bedrivas i alla sjukvårdsregioner, men på ett begränsat antal vårdenheter. Även denna del av definitionen medför krav på koncentration. Den regionala högspecialiserade vården omfattar universitets- och delar av länssjukvården, dock inte sådan vård som bör bedrivas på samtliga läns- och länsdelssjukhus.

## 12.3 Vad är högspecialiserad vård inom respektive sjukdomsområde?

Även om vi definierar begreppet högspecialiserad vård, föreslår vi en process som ska kunna vara anpassad för förändringar i den högspecialiserade vården. Vårt förslag till definition ska ses som ett startskott för den koncentrationsprocess som sedan följer och som kommer att beskrivas och problematiseras i kapitel 13 och 14. Vi anser att den slutliga bedömningen av vad som ska vara högspecialiserad vård måste bygga på medicinska underlag som patient- och professionsföreträdare i särskilda sakkunniggrupper får ta fram för sjukdomsspecifika områden. Detta blir en ytterligare precisering av innehållet och omfattningen av begreppet högspecialiserad vård.

## 12.4 Omfattningen av högspecialiserad vård

För att kunna beräkna omfattningen av den högspecialiserade vården i enlighet med vårt förslag till definition, utgår vi från de 77 homogena och komplicerade operationsgrupper (se bilaga 4) som vi tidigare använt som underlag för våra statistiska beräknar i kapitel 8. Dessa 77 operationsgrupper skulle kunna tänkas bli föremål för att definieras som nationell högspecialiserad vård. De utgör cirka 3,7 procent av alla slutenvårdsoperationer, vilket innebär att de berör 22 gånger fler patienter än vad dagens rikssjukvård har kommit att omfatta.

Nationell högspecialiserad vård ska dock inte bara omfatta kirurgiska åtgärder, utan även diagnostik samt medicinska och psykiatriska åtgärder. Det innebär att omfattningen av nationell högspecialiserad vård beräknas uppgå till storleksordningen 4–5 procent av verksamheten i den slutna vården.

Kostnaderna för den nationella högspecialiserade vården är sannolikt högre än för annan slutenvård. Kostnaderna för de ovan nämnda 77 operationsgrupperna som skulle kunna vara föremål för nationell högspecialiserad vård motsvarar cirka 4,3 procent av landstingens totalkostnad för den somatiska slutenvården. Detta motsvarar en totalkostnad i intervallet 2,28–2,94 miljarder kronor för år 2013. Därtill tillkommer kostnader för nationell högspecialiserad

vård inom diagnostik samt medicinska och psykiatriska åtgärder, vilka kan antas vara minst lika höga.

Den regionala högspecialiserade vården ska erbjudas i alla sjukvårdsregioner, men på ett begränsat antal vårdenheter. Koncentrationen av regional högspecialiserad vård kommer därför att vara av betydligt större omfattning än den nationella högspecialiserade vården. Att bedöma omfattningen av regional högspecialiserad vård är svårt innan en närmare analys har gjorts, men den kan sannolikt vara av storleksordningen 10–15 procent av sjukhusens verksamhet. En större koncentration av resurser till färre enheter innebär också att det kan påverka annan verksamhet vid sjukhusen, t.ex. akutsjukvården.

# 13 Förslag till ny struktur för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården

I detta kapitel utvecklar vi vårt huvudförslag om en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur. Kunskapsunderlaget om vad som ska vara högspecialiserad vård bör ske i en nationell process. Vi förordar sedan en kombination av statlig och regional styrning av var den högspecialiserade vården ska bedrivas. Här nedan redogör vi för våra överväganden och förslag. För processbilder över förslagen, se bilaga 5.

## 13.1 Underlag och beslut om vad som utgör nationell respektive regional högspecialiserad vård

**Utredningens förslag:** En ny beslutsprocess införs för högspecialiserad vård. Den ersätter dagens rikssjukvård vid Socialstyrelsen och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. Socialstyrelsen blir ansvarig myndighet. Socialstyrelsen ska utse sakkunniggrupper som ska gå igenom samtliga sjukdomsgrupper och lämna förslag till vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell respektive regional högspecialiserad vård.

Efter remiss beslutar Socialstyrelsen vilken vård som utgör nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas. Socialstyrelsen lämnar också rekommendationer till landstingen om vad som utgör regional högspecialiserad vård.

**Utredningens bedömning:** Det bör införas en förordning om nationell högspecialiserad vård.

## Låt Socialstyrelsen ansvara för processen

Vi gör bedömningen att nationella beslut om vad som ska anses vara högspecialiserad vård är grundläggande för en ökad samordning.

För att möjliggöra nationella beslut om koncentration, krävs en nationell plattform och en samordnande och drivande kraft med beslutsbefogenheter. Vi bedömer att denna uppgift kan och borde axlas av en ansvarig myndighet på området. Som vi redogjorde för i kapitel 11, har vi fått starkt stöd för detta från olika företrädare för svensk hälso- och sjukvård.

Socialstyrelsen är den centrala förvaltningsmyndigheten på hälso- och sjukvårdsområdet. En av myndighetens viktigaste uppdrag avser kunskapsstyrningen i hälso- och sjukvården och det finns därför en infrastruktur, upparbetad kunskap om och lärdomar från arbetet med bl.a. nationella riktlinjer med tillhörande nationella utvärderingar och öppna jämförelser. Nivåstruktureringen av hälso- och sjukvården bör ses som en central del i kunskapsstyrningen.

Socialstyrelsen har sedan 2007 ansvaret för att samordna och driva arbetet med rikssjukvården. Som vi har konstaterat i föregående kapitel, har rikssjukvården kommit att utgöra en mycket begränsad del av den högspecialiserade vården och effekterna av koncentrationen går ännu inte att utläsa. Myndighetens val av definition och process har bidragit till denna utveckling.

Trots det tveksamma resultat som Rikssjukvårdsnämnden vid Socialstyrelsen har uppvisat hitintills, föreslår vi ändå att myndigheten får förnyat förtroende för att leda arbetet med att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Vi bedömer att det finns goda förutsättningar för Socialstyrelsen att bedriva ett bra arbete, men inte utan ansträngningar och stora förändringar.

Vi föreslår att Socialstyrelsen får befogenheter att samordna, styra och besluta avseende nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården genom ny lagstiftning i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och som därmed ersätter dagens lagstiftning om rikssjukvård. Vidare bedömer vi att närmare bestämmelser om Socialstyrelsens uppgifter bör regleras i en ny förordning.

Utöver juridiska befogenheter är även tiden en viktig faktor där rikssjukvårdsprocessen anklagats för att vara för lång. Det är därför angeläget att hela processen som leder fram till en koncentration är tidseffektiv och att ledtiderna för de olika delprocesserna är relativt

korta. Det är även angeläget att tillräckliga resurser avsätts på myndigheten och att verksamhetsområdet prioriteras.

## Tillsätt sakkunniggrupper som tar fram underlag

Utredningen har identifierat själva initieringsfasen som avgörande för en ändamålsenlig nivåstruktureringsprocess. Nomineringsförfarandet inom rikssjukvården är ett exempel på en del i processen som har varit en starkt begränsande faktor då bara huvudmännen och Socialstyrelsen kunnat föreslå områden som borde definieras som rikssjukvård. Genom att begränsa antalet områden för utredning, begränsas också omfattningen av koncentrationen. I den senaste nomineringsomgången som pågick under första halvåret 2015 öppnades dock nomineringsmöjligheten upp för fler intressenter.

Detta är ett steg i rätt riktning, men utredningen anser att all högspecialiserad vård bör analyseras i ett samlat sammanhang. Genom att samtidigt se över samtliga sjukdomsområden, ges landstingen bättre förutsättningar att säkerställa sammanhållna vårdkedjor för patienterna och genomföra nödvändiga organisationsförändringar.

Både i Danmark, i England och inom ramen för den nationella processen för koncentration av cancervård, har tillsättandet av så kallade sakkunniggrupper varit en central del i avgörandet av vilken vård som behöver koncenteras. Sakkunniggrupperna möjliggör en bred och nödvändig förankring och en omfattande genomlysning av vad som bedöms vara högspecialiserad vård inom respektive sjukdomsområde. Mot denna bakgrund föreslår utredningen att sådana sakkunniggrupper bör tillsättas inom ramen för den nya struktur som ersätter dagens system för rikssjukvård.

Vi bedömer att patient- och professionsföreträdare har bäst möjlighet att bedöma vilken specialiserad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras och som därmed är av högspecialiserad karaktär. Som ansvarig myndighet föreslår vi därför att Socialstyrelsen får i uppgift att tillsätta sakkunniggrupper med företrädare för patienter och professioner. Den genomlysning av samtliga sjukdomsgrupper som sakkunniggrupperna är tänkta att utföra, skapar förutsättningar för ett helhetsperspektiv med patienten i centrum, i stället för den fragmentering som har uppstått vid de få och smala nomineringsområden som har föreslagits och utretts inom ramen för dagens rikssjukvård.

Den inledande inventeringen möjliggör också att fler åtgärder kommer att bli aktuella för koncentration. Erfarenheter från både cancerarbetet och rikssjukvården indikerar att det är lättare att fatta beslut om koncentration om fler åtgärder är aktuella vid samma beslutstillfälle. Detta skapar bättre förutsättningar att göra samlade bedömningar och fördela vården över landet.

Sakkunniggruppernas sammansättning beror till stor del på hur översynen av den högspecialiserade vården ska organiseras. I Danmark utgick Sundhedsstyrelsen ifrån de medicinska specialiteterna. Inom ramen för cancerarbetet, samt även inom riktlinjearbetet på Socialstyrelsen, har arbetet i stället utgått ifrån sjukdomsgrupper. Vi ser en risk i att formera arbetet efter medicinska specialiteter eftersom det kan försvåra möjligheten att följa hela vårdkedjan och därmed riskera att öka fragmentiseringen av vården. Många patienter har en sjuklighet med behov av vård och behandling av både enklare och mer specialiserad karaktär och där kompetens kan behövas från många olika medicinska professioner. Vi föreslår därför att sakkunniggrupperna tillsätts utifrån sjukdomsgrupper på aggregerad nivå i enlighet med den internationella sjukdomsklassifikationen ICD-10-SE[1], dvs. en sakkunniggrupp för cirkulationsorganens sjukdomar, en för sjukdomar i nervsystemet, en för matsmältningsorganens sjukdomar (inklusive sjukdomar i munhåla och käkar) osv. Vi gör bedömningen att detta är det mest ändamålsenliga sättet att gruppera sakkunniggrupperna. Eftersom sjukdomsgrupperna kan omfatta många olika sjukdomar, tillstånd och skador kan det bli aktuellt att adjungera undergrupper. Det kan även finnas behov av att ta in internationell medicinsk expertis i vissa grupper för områden där det bedöms särskilt komplicerat att avgöra vad som ska anses vara högspecialiserad vård. Det är av vikt att gruppernas sammansättning även återspeglar strukturella förutsättningar såsom geografi och vårdnivåer.

Utöver sakkunniggrupper i enlighet med ICD-klassifikationen bedömer vi även att en särskild grupp för sällsynta diagnoser bör tillsättas. Uppdraget skulle vara att se över samtliga i Sverige kända sällsynta diagnoser och om diagnostik och behandling av dessa kan

[1] Det primära syftet med ICD-10-SE är att möjliggöra klassificering och statistisk beskrivning av sjukdomar och andra hälsoproblem som är aktuella som orsak till människors död eller kontakter med hälso- och sjukvården. Se även Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, Systematisk förteckning, 2011, Socialstyrelsen.

bedömas vara nationell eller regional högspecialiserad vård. Eftersom diagnoserna är många till antalet är det även angeläget att gruppen föreslår hur diagnoserna skulle kunna klustras vid en eventuell koncentration. Syftet med en sådan sakkunniggrupps arbete skulle vara att få till en helhetsöversyn på området och en samordnad vägledning för Socialstyrelsen och huvudmännen i hur koncentration av sällsynta diagnoser på nationell och regional nivå skulle kunna genomföras, något som vi bedömer saknas i nuläget.

Det finns en omfattande infrastruktur för kunskapsstyrning på hälso- och sjukvårdsområdet på Socialstyrelsen, övriga ansvariga myndigheter inom hälso- och sjukvården och inom ramen för den samordning som Sveriges kommuner och landstings bedriver. Den struktur som vi nu föreslår ska inrättas för den högspecialiserade vården får inte bli ett separat spår, utan måste integreras i och samordnas med befintliga strukturer som en del av den totala kunskapsstyrningen av hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bör därför inventera vilka delar i befintlig infrastruktur, exempelvis nationella riktlinjer, som kan användas helt eller delvis i nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården.

## Sakkunniggruppernas uppdrag

Som ansvarig myndighet föreslår vi att Socialstyrelsen får i uppgift att ta fram en uppdragsbeskrivning med tydlig beställning och tidsplan för de sakkunniggrupper som tillsätts. Sakkunniggruppernas huvudsakliga uppgift är att besvara frågan *vad är nationell och regional högspecialiserad vård på respektive område?* Utgångspunkten är främst den definition av högspecialiserad vård som vi föreslår i kapitel 12 där kriterierna volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller höga kostnader främst ska vara styrande. Som ett led i utredningen ska sakkunniggrupperna bl.a. precisera lämpliga riktmärken för volym inom den aktuella sjukdomsgruppen. Det är viktigt att utredningen görs utifrån både det nationella och regionala perspektivet. Det går inte att särskilja en nivå från den andra när nivåstrukturering ska göras på ett visst sjukdomsområde och det är angeläget att hela vårdkedjan beaktas i genomgången.

En viktig del i utredningen är att beskriva en optimal handläggningsgång från diagnostik och behandling till uppföljning och annan

eftervård eller omvårdnad och vad som kan bedrivas lokalt respektive på högspecialiserade enheter. Processbeskrivningen skapar förutsättningar för att identifiera var i processen de högspecialiserade momenten finns och underlagen kan användas i ett senare skede för att ta fram vårdprogram. Utöver en ren processbeskrivning bör även grupperna beskriva volymer, medicinska resultat, kompetenskrav, det kliniska forskningsläget och konsekvenserna av en koncentration för patienter, närstående och vårdgivare samt mer specifikt avseende vårdgivarnas akutuppdrag och utbildningsuppdrag. Vikten av att säkerställa en samordnad vårdprocess för patienterna måste vara vägledande i sakkunniggruppernas utredningar. Sakkunniggrupperna kan behöva få hjälp med olika kunskapsunderlag från Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och Läkemedelsverket.

Den inventering som sakkunniggrupperna genomför ligger till grund för bedömningen av vilken vård som behöver koncentreras och till hur många enheter.

I vissa fall kan det dock röra sig om en verksamhet som t.ex. behöver finnas tillgänglig på flera enheter, men där komplexiteten eller kunskapsläget innebär att särskilda kompetenscentrum behöver inrättas som har en skyldighet att ge stöd nationellt och regionalt till övriga enheter i landet. De centrum för sällsynta diagnoser som beskrivs i kapitel 7.5 och som för närvarande håller på att etableras i sjukvårdsregionerna är ett exempel. Sakkunniggrupperna bör kunna föreslå inrättandet av sådana kompetenscentrum både för den nationella och regionala högspecialiserade vården. Sakkunniggrupperna bör även kunna föreslå koncentration som en modell för ordnat införande av nya behandlingar, metoder eller tekniker.

Vårt förslag om att tillsätta sakkunniggrupper där en bred genomgång av all specialiserad hälso- och sjukvård görs inledningsvis, är en stor förändring i förhållande till dagens system med rikssjukvård och cancersamordning. I vilken omfattning den nya strukturen lyckas koncentrera den högspecialiserade vården är mycket beroende på den inventering och de förslag till koncentration som sakkunniggrupperna ska komma fram till.

Det är därför angeläget att sakkunniggrupperna får goda förutsättningar att bedriva sitt arbete på ett effektivt sätt och att det inom en rimlig tid leder fram till konkreta förslag till nivåstrukturering på nationell och regional nivå.

Socialstyrelsen får en nyckelroll i att leda och driva på arbetet i sakkunniggrupperna i sin roll som ansvarig myndighet. Myndigheten styr bl.a. genom att ta fram en arbetsprocess för hela beslutsprocessen, tillsätta deltagarna i sakkunniggrupperna och ta fram uppdragsbeskrivningar och tidsplan till dessa grupper. Det är dessutom viktigt att Socialstyrelsen tar det strategiska ledarskapet för hela beslutsprocessen inklusive sakkunniggruppernas arbete. Erfarenheter från cancersamordningen visar betydelsen av särskilda resurspersoner som tar ett övergripande strategiskt ansvar för sakkunniggruppernas arbete. Även ordföranden i respektive grupp får en nyckelfunktion i arbetets bedrivande och resultat. Vår bedömning är att ordföranden bör vara en extern medicinsk expert.

Sakkunniggrupperna gör inledningsvis ett stort arbete då de ser över ett helt sjukdomsområde. Vård och behandling är dock i ständig förändring och nya kunskaper erövras fortlöpande med nya forskningsresultat. Detta medför att den hälso- och sjukvård som initialt bedömts vara nationell alternativt regional högspecialiserad vård måste ses över och omprövas kontinuerligt. Utredningen föreslår därför att sakkunniggrupperna med regelbundenhet ges i uppdrag att stämma av kunskapsläget inom det aktuella området. Om så bedöms relevant, kan kategoriseringen av vad som är högspecialiserad vård behöva omprövas och ändringsbeslut fattas av ansvarig myndighet.

På samma sätt som nya kunskaper medför en omprövning av vad som är nationell och regional högspecialiserad vård, måste även sakkunniggruppernas sammansättning kunna omprövas. De sakkunnigas förordnanden bör därför vara tidsbegränsade.

## Socialstyrelsen beslutar vilken vård som ska anses vara nationell högspecialiserad vård

Själva beslutet om vad som bedöms vara nationell högspecialiserad vård inom respektive sjukdomsområde bedömer vi är ett beslut som vilar på vetenskap och beprövad erfarenhet. Eftersom utdragna handläggnings- och beredningstider har varit en del av kritiken mot det nuvarande systemet med rikssjukvård, är det av största vikt att inventeringen av sakkunniggrupperna, remitteringen och beslut sker inom rimliga tidsramar.

Vi anser att det kan finnas en poäng i att undvika att göra nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården till en politisk fråga

för tidigt i processen och därmed minska utrymmet för infekterade diskussioner och hänsynstagande till regionalpolitik i stället för patientsäkerhet och medicinsk kvalitet.

Utredningen ser två alternativa beslutsvägar. Ett alternativ är att de beslut som avser vad som är nationell högspecialiserad vård fattas direkt av ansvarig myndighetschef. Innan Socialstyrelsen fattar beslut, remitteras förslagen till beslut antingen brett till landstingen, berörda myndigheter, patient- och professionsföreträdare eller till några utvalda grupperingar där motsvarande perspektiv finns representerade.

Ett annat alternativ är att beslut om vad som utgör nationell högspecialiserad vård, efter remiss, fattas av en tjänstemannanämnd som inrättas vid Socialstyrelsen. Ett sådant beslutsorgan med en allsidigt sammansatt nämnd skulle säkerställa att fler perspektiv får komma till tals vid beslutet, vilket eventuellt i sin tur skulle kunna öka beslutens legitimitet.

Vi förordar att Socialstyrelsen på egen hand fattar beslut om vad som är nationell högspecialiserad vård. Förankring och legitimitet säkerställs genom att förslag till beslut remitteras brett. Inrättandet av ett särskilt beslutsorgan för denna del av beslutsprocessen bedömer vi kan innebära både längre beredningstider och en ökad administration för Socialstyrelsen.

Även den departementspromemoria som låg till grund för dagens struktur för rikssjukvård föreslog att Rikssjukvårdsnämnden enbart skulle ha en rådgivande roll och att Socialstyrelsen skulle fatta beslut både om vad som skulle koncentreras och var denna vård skulle lokaliseras.[2]

Socialstyrelsens beslut om vad som är nationell högspecialiserad vård är bindande när sedan vårdgivare ansöker om att få bedriva sådan hälso- och sjukvård. Myndighetens beslut om vilken vård som ska vara nationell högspecialiserad vård ska inte kunna överklagas. Se vidare för motivering i kapitel 14.5.

[2] Departementspromemoria 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.

### Socialstyrelsen lämnar rekommendationer om den regionala högspecialiserade vården

För den regionala högspecialiserade vården föreslår vi att Socialstyrelsen utifrån underlagen från sakkunniggrupperna lämnar rekommendationer om vilken hälso- och sjukvård som bör anses vara regional högspecialiserad vård. I rekommendationerna ska det bl.a. framgå vilket patientunderlag som krävs för exempelvis en viss behandling. Socialstyrelsens förslag till rekommendationer ska remitteras brett innan de lämnas.

Utredningen har valt denna lösligare form för den regionala nivån eftersom landstingsledningarna tydligt markerat att de själva vill ta på sig detta ansvar i enlighet med det kommunala självstyret. Beslutsprocessen blir förvisso mindre tydlig och baserad på historiska erfarenheter finns en risk att nödvändig koncentration av regional högspecialiserad vård inte genomförs. Vi tror dock att medvetenheten om behovet av koncentration är större nu än tidigare och att denna mjukare struktur för den regionala nivåstruktureringen ökar det lokala medägarskapet i processen.

## 13.2 Lokalisering av nationell högspecialiserad vård

**Utredningens förslag:** Dagens Rikssjukvårdsnämnd ersätts av ett nytt särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen, Nämnden för nationell högspecialiserad vård. Nämnden beslutar, efter ansökningar från landstingen, om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillstånden är inte tidsbegränsade, men kan omdefinieras och återkallas. Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om tillstånd, villkor och återkallelse av tillstånd.

Beslut om på vilka platser nationell högspecialiserad vård ska bedrivas bör beslutas av en ny nämnd som inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Nämnden ersätter Rikssjukvårdsnämnden. Utredningen har övervägt vilken sammansättning en sådan nämnd bör ha för att ha god förankring i frågor om hälso- och sjukvårdens organisation, men ändå bli ett effektivt beslutsorgan med mandat att besluta om koncentration av nationell högspecialiserad vård till ett begränsat antal enheter i landet.

Eftersom beslut om på vilka enheter den högspecialiserade vården ska bedrivas påverkar hälso- och sjukvårdens organisation och finansiering i de olika landstingen, bedömer utredningen att det är rimligt att sådana beslut fattas av folkvalda representanter från landstingen. Nämndens ledamöter bör utses av regeringen och bestå av sex ledamöter samt ersättare för dessa. Nämnden bör vara sammansatt av en representant från respektive sjukvårdsregion. I enlighet med Regeringskansliets riktlinjer om särskilda beslutsorgan inom en myndighet, föreslår vi att Socialstyrelsens generaldirektör är ordförande i den nya nämnden.[3] Nämnden bör, precis som dagens Rikssjukvårdsnämnd, regleras i förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

I dagens Rikssjukvårdsnämnd ingår Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Vetenskapsrådet och Kammarrätten i Stockholm. Precis som Socialstyrelsens egen utvärdering av rikssjukvården visar[4], anser vi att det kan ifrågasättas om dessa myndigheter ska fatta beslut om tillstånd att bedriva högspecialiserad vård. Dessa myndigheter kan i stället vara viktiga remissinstanser i ett tidigare skede i processen som vi angett ovan. Vi föreslår därför ingen myndighetsrepresentation i den nya nämnden.

Vilka mekanismer kan då bidra till att ett sådant särskilt beslutsorgan med representanter från landstingen kan bli effektivt och se till nationens bästa utan att hämmas av regionalpolitiska hänsyn? Förutom ett tydligt uppdrag till nämnden där just patientens bästa ska vara avgörande, är rimliga handläggningstider en viktig påtryckningsfaktor. Socialstyrelsen föreslås få möjlighet att meddela ytterligare föreskrifter om den nationella högspecialiserade vården och skulle därför bl.a. kunna föreskriva om rimliga handläggningstider. Tiden från det att en ansökan om att få bedriva nationell högspecialiserad vård inkommer till dess att beslut ska vara fattat i Nämnden för nationell högspecialiserad vård bör vara rimlig. Det är angeläget att denna del i processen blir så tidseffektiv som möjligt för att förenkla planeringen för de sökande landstingen, möjliggöra att nämnden fattar beslut och för att koncentrationen ska få effekt för patienterna.

[3] Regeringskansliet Supplement till riktlinjer för Regeringskansliets arbete med organisations- och strukturförändringar inom staten. 2007.
[4] Socialstyrelsen. Utredning om Rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.

## Tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård

Utredningen föreslår att den nya Nämnden för nationell högspecialiserad vård vid Socialstyrelsen beslutar om tillstånd för landstingen att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillstånd kan bara beviljas efter ansökan från landsting. Nämndens beslut om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård ska baseras på de kriterier som anges i kapitel 14.

Precis som inom dagens system med rikssjukvård, står det alla landsting fritt att visa intresse för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Ett ansökningsförfarande riskerar dock att få till följd att större landsting har möjlighet att avsätta mer resurser till att utforma omfattande ansökningshandlingar än små landsting har. Det är viktigt för förtroendet för Socialstyrelsens beslut att alla landsting i realiteten får samma möjligheter att presentera sin verksamhet och sina ambitioner inom de olika sjukdomsområdena. De parallella processer som kommer att pågå mellan lokaliseringen av den nationella och den regionala högspecialiserade vården bör dock ge landstingen och sjukvårdsregionerna goda förutsättningar att arbeta löpande med koncentrationsfrågor och få goda kunskaper om vilka aspekter som kommer att vara avgörande för beslut om lokalisering. Socialstyrelsen bör utveckla en öppen och förutsägbar process för att så långt det är möjligt minska arbetsbördan för landstingen (se även kapitel 14).

Med landstingens frihet att själva avgöra om de ska ansöka om att få bedriva nationell högspecialiserad vård, följer en viss risk att för få eller kanske inga landsting alls kommer ansöka om att få bedriva viss högspecialiserad vård. Erfarenheterna från dagens rikssjukvård visar emellertid inte några tecken på att detta skulle vara ett utbrett problem som hotar hela processen. Vi gör därför bedömningen att risken är relativt liten och att Socialstyrelsen kan hantera detta, bl.a. genom hur omfattande tillstånden blir.

Vi gör vidare bedömningen att en särskild utvärdering i syfte att förnya eller omfördela befintliga tillstånd tar oproportionerligt stora resurser i anspråk för både ansvarig myndighet och sjukvårdshuvudmännen. Förutsättningarna blir dessutom kortsiktiga för de vårdgivare som bedriver högspecialiserad vård. Vi gör därför bedömningen att tillstånden inte ska vara tidsbegränsade som inom dagens system för rikssjukvård. En verksamhet som fått tillstånd att bedriva

nationell högspecialiserad vård får ha kvar tillståndet så länge vården inom det aktuella området inte omdefinieras, under förutsättning att verksamheten uppfyller de krav som ligger bakom tillståndet.

## Privata aktörer

Privata vårdgivare som bedriver eller avser att bedriva sådan hälso- och sjukvård som till sin karaktär skulle kunna anses utgöra nationell eller regional högspecialiserad vård, men som inte är offentligt finansierad omfattas inte av vare sig de nuvarande bestämmelserna om rikssjukvård eller av de föreslagna bestämmelserna om högspecialiserad vård i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Privata vårdgivare behöver därmed inte ansöka om tillstånd för sådan verksamhet hos Socialstyrelsen i dag och det kommer de inte heller behöva göra med de föreslagna bestämmelserna. De kan heller inte söka tillstånd om de skulle vilja det, vare sig i dag eller enligt de föreslagna nya bestämmelserna, eftersom regelverket bara möjliggör för landsting att söka.

Det finns däremot en bestämmelse i 8 § hälso- och sjukvårdslagen om att landstingen i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare. Vidare finns det möjlighet för ett landsting att i enlighet med 3 § tredje stycket hälso- och sjukvårdslagen sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget ansvarar för enligt samma lag. Vård som en privat vårdgivare utför enligt sådant avtal med landsting, är offentligt finansierad hälso- och sjukvård som omfattas av bestämmelserna om högspecialiserad vård. Det finns därför inget som hindrar att ett landsting söker tillstånd att bedriva högspecialiserad vård som landstinget har avtalat med en privat aktör att utföra, så länge det framgår av ansökan och det står klart att det är landstinget som är ansvarigt för verksamheten enligt tillståndet.

Det har framförts synpunkter från sjukvårdshuvudmän på att det kan orsaka problem för den högspecialiserade vården när det finns privata aktörer som inte omfattas av samma regelverk för dagens rikssjukvård som de offentliga aktörerna. Konkurrensen om utbildad personal och patientvolymer kan vara kännbar för de offentliga aktörerna inom områden där det finns privat verksamhet med spets-

kompetens som inte drivs med offentlig finansiering. Utredningens uppdrag är avgränsat till att föreslå förbättringar av hanteringen av den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, och vi lämnar därför bara förslag för den delen av vården. Den helt privat finansierade högspecialiserade vården är i dagsläget mycket begränsad i Sverige. Vi ser för närvarande inte någon risk att koncentrationen av högspecialiserad vård undergrävs genom sådan privat vård, mer än att den kan innebära konkurrens om personal. Eftersom det föreslagna regelverket omfattar all offentligt finansierad hälso- och sjukvård, måste landstingen skicka sina patienter till de vårdenheter där den högspecialiserade vården bedrivs. Utredningen bedömer att det enbart är patienter som har helt privat finansiering, exempelvis genom försäkringar eller patienter från andra länder, som kan bli aktuella för vård i sådan helt privat finansierad verksamhet.

Vi noterar att vid diskussion kring ett eventuellt förbud för helt privat finansierade aktörer att bedriva viss hälso- och sjukvård i Sverige, måste det bland annat utredas hur ett sådant förbud skulle vara förenligt med EU:s regler kring etableringsfrihet och fri rörlighet för tjänster samt med andra konkurrensbestämmelser. Vi har bedömt att sådana förslag ligger utanför utredningens uppdrag.

## 13.3 Lokalisering av regional högspecialiserad vård

**Utredningens bedömning:** Socialstyrelsen lämnar en rekommendation till landstingen om vad som bör utgöra regional högspecialiserad vård. Sjukvårdsregionerna förutsätts skapa effektiva beslutsorgan med mandat att besluta om koncentration på regional nivå.

Vi har identifierat den regionala högspecialiserade vården som en viktig parameter i definitionen av begreppet högspecialiserad vård och dess planering och styrning. Litteraturstudier och egna analyser från svensk data har, precis som vi har påtalat i tidigare kapitel, entydigt visat att hälso- och sjukvården behöver koncentreras av patientsäkerhetsskäl även för åtgärder som görs relativt ofta.

Socialstyrelsens rekommendationer om vad som är regional högspecialiserad vård och vilken hälso- och sjukvård som därmed behöver koncentreras till ett begränsat antal enheter per sjukvårds-

region, omfattar därmed underlag för nivåstrukturering på sjukvårdsregionnivå.

Vi bedömer dock att sjukvårdsregionerna själva ska genomdriva den regionala nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården. Besluten förutsätter en inblick i de lokala förutsättningarna för hälso- och sjukvården. Vid våra dialoger med företrädare för sjukvårdsregionerna har det påtalats att den lokala förankringen är avgörande för legitimiteten i och följsamheten till beslut med lokal inverkan.

## Nuvarande samverkansformer mellan landstingen försvårar den regionala koncentrationen

Vi bedömer att en förutsättning för en effektiv koncentration av högspecialiserad vård på lokal och regional nivå är att sjukvårdsregionerna har mandat att besluta om sådan koncentration. Dagens sjukvårdsregioner har kommit olika långt i sin samverkan om den högspecialiserade vården. Regionerna har samarbetsorgan av olika karaktär och med olika mandat, allt ifrån så kallade samverkansnämnder med en rekommenderande roll till nämnder och kommunalförbund med beslutsbefogenheter. De traditionella formerna för samarbete inom ramen för samverkansnämnden, där sjukvårdsregionen saknar beslutsmandat och där samtliga beslut därför behöver godkännas i respektive landsting, har visat sig vara ett hinder för en fungerande samordning och rationell resursanvändning inom sjukvårdsregionerna.

Arbetet med att etablera regionala cancercentrum och nivåstrukturera cancervården i respektive sjukvårdsregion visar på att sjukvårdsregionerna hittills inte alltid har kunnat komma överens i frågor om koncentration av verksamheter. Den uppföljning som bedrivs av Socialstyrelsen visar på stora skillnader i samarbets- och beslutsförmåga mellan sjukvårdsregionerna.[5]

Vid våra besök i sjukvårdsregionerna har vi fått uppfattningen att professionsföreträdare och landstingsledningar delar vår uppfattning att det är angeläget att fortsätta och öka takten på nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården regionalt. Vi bedömer även

[5] Socialstyrelsen. Uppföljning av regionala cancercentrum 2014. Stockholm: 2015.

att vi fått stöd i att en förutsättning för att få till denna utveckling är en effektiv regional samordning.

Eftersom det i nuläget saknas större regionkommuner i likhet med vad som föreslogs i Ansvarskommitténs betänkande, har vi utgått ifrån befintlig struktur med 21 sjukvårdshuvudmän och sex sjukvårdsregioner. Sjukvårdsregionerna utgör den naturliga samordningsarenan regionalt. Vi bedömer därför att samtliga sjukvårdsregioner borde få ett tydligare beslutsmandat i frågor som avser nivåstrukturering av den högspecialiserade vården. Ett sätt att göra detta är att de enskilda landstingen överlåter viss beslutanderätt till exempelvis ett kommunalförbund eller en gemensam nämnd.

Ett kommunalförbund är en offentligrättslig juridisk person som har egen rättskapacitet och är fristående i förhållande till sina medlemskommuner. Organisatoriskt är de uppbyggda på i princip samma sätt som en kommun eller ett landsting. Som tidigare nämnts i kapitel 6.1 har landstingen i Norra sjukvårdsregionen bildat ett kommunalförbund med de ingående landstingen som medlemmar. Exempel på andra kommunalförbund där några eller samtliga landsting är medlemmar är Skandionkliniken och Svenskt ambulansflyg (se vidare kapitel 6.2, 15.1).

En gemensam nämnd är, i motsats till kommunalförbund, inte en egen juridisk person utan ingår i en av de samverkande kommunernas eller landstingens politiska organisation.

## Kunskapsunderlag som motor i nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården

I dialog med sjukvårdshuvudmännen har vi förstått att landstingspolitikerna bejakar behovet av koncentration, men själva vill ta ansvar för den regionala nivåstruktureringen.

Vi överlåter därför till landstingen att omsätta Socialstyrelsens rekommendationer om vad som är regional högspecialiserad vård. Underlagen från Socialstyrelsen bör ses som ett kunskapsunderlag, vilket har efterfrågats vid våra dialoger med sjukvårdsregionerna. Det är dock angeläget att omsättningen av rekommendationerna följer ungefär samma tidsplaner som utfärdandet av tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppernas analyser av vilken högspecialiserad vård som behöver koncentreras har gjorts i

ett sammanhang där den nationella och regionala nivån är beroende av varandra.

Det har hittills saknats behovsanalyser där hela sjukdomsgrupper inventeras och där det tydligt framgår vilken vård som bör koncentreras regionalt med hänsyn till patientvolymer, multidisciplinär kompetens eller större investeringar. Vi vill dock understryka att landstingens förmåga att samverka och driva den regionala nivåstruktureringen är avhängigt att respektive sjukvårdsregion förstärker sin samverkan alternativt bildar större regionkommuner.

## 13.4 Tillsyn över följsamheten till besluten om var nationell högspecialiserad vård ska bedrivas

**Utredningens bedömning:** Inspektionen för vård och omsorg har enligt patientsäkerhetslagen tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal. Tillsynen innebär en granskning av att verksamheten och personalen uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter. Inspektionen för vård och omsorg har således möjlighet att påtala att ett landsting har bedrivit nationell högspecialiserad vård utan tillstånd. Denna möjlighet att bedriva tillsyn bedöms vara tillräcklig.

Om det framöver visar sig att landsting bedriver nationell högspecialiserad vård utan tillstånd kan det finnas anledning att på nytt överväga att införa sanktioner.

Hälso- och sjukvårdens organisation har traditionellt varit och är fortfarande en fråga som berör många intressenter och väcker mycket känslor på lokal nivå. Förutom de rent medicinska aspekterna av vården är den även tätt sammankopplad med serviceutbud, lokalpolitiska och arbetsmarknadspolitiska intressen m.m. Flera intressen kan både samverka och motverka varandra. För att säkerställa att den nya beslutsordning som nu föreslås får genomslag och blir effektiv, krävs också att det finns uppföljning och tillsyn av att nationell högspecialiserad vård endast bedrivs på de platser som har tillstånd att bedriva sådan vård.

Vi föreslår att Socialstyrelsen kontinuerligt följer upp de områden som beslutats vara nationell högspecialiserad vård för att

säkerställa att sådan vård inte bedrivs av andra landsting än de som har tillstånd. Detta kan göras bl.a. genom data från patientregistret vid Socialstyrelsen. I de fall dessa uppföljningar visar att något eller några landsting bedriver nationell högspecialiserad vård utan tillstånd, ska myndigheten påpeka detta för såväl aktuell vårdenhet, sjukhusledning och landstingsledning med tydlig uppmaning att verksamheten genast måste upphöra.

När bestämmelserna om rikssjukvård infördes i hälso- och sjukvårdslagen, föreslogs i den departementspromemoria som föregick propositionen att Socialstyrelsen skulle få rätt att förelägga ett sjukhus som bedriver rikssjukvård utan tillstånd att upphöra med verksamheten och föreläggandet skulle få förenas med vite.[6] I propositionen Nationell samordning av rikssjukvården[7] resonerade regeringen kring behovet av sanktioner mot sjukvårdshuvudmän som inte följer Socialstyrelsens beslut. Regeringen bedömde att Socialstyrelsen redan hade långtgående befogenheter att vidta åtgärder mot vårdgivare genom den tillsyn som myndigheten utövade över hälso- och sjukvården och dess personal vid den tidpunkten enligt dåvarande lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). Bedömningen gjordes därför att det i det läget inte fanns tillräckliga skäl att införa särskilda sanktioner mot sjukvårdshuvudmän som överträder bestämmelserna om rikssjukvård.

Sedan dess har tillsynen över hälso- och sjukvården och dess personal övergått från Socialstyrelsen till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Numera framgår IVO:s tillsynsuppdrag över hälso- och sjukvården av 7 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). Tillsyn enligt denna lag innebär bland annat granskning av att hälso- och sjukvårdsverksamheten och dess personal uppfyller krav och mål enligt lagar och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter.

Om ett landsting bedriver nationell högspecialiserad vård utan tillstånd, omfattas det av IVO:s tillsyn enligt patientsäkerhetslagen. IVO har då möjlighet att påtala för landstinget att det bryter mot regelverket genom att bedriva nationell högspecialiserad vård utan att ha tillstånd till det.

[6] Departementspromemoria 2003:56, Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag.
[7] Regeringens proposition 2005/06:73, Nationell samordning av rikssjukvården.

De sanktionsmöjligheter som IVO har enligt 7 kap. 24–28 §§ patientsäkerhetslagen, att utfärda förelägganden som förenas med vite eller att förbjuda verksamheten, kan bara användas om verksamheten medför fara för patientsäkerheten, vilket inte bör vara fallet enbart på grund av att en verksamhet bedrivs utan tillstånd. Dessa sanktioner är därför normalt inte tillämpliga om högspecialiserad vård bedrivs utan tillstånd.

Utredningen har övervägt om det finns skäl att införa sanktioner mot landsting som bedriver nationell högspecialiserad vård utan tillstånd. Ett alternativ kan vara att införa bestämmelser i patientsäkerhetslagen om att IVO får förelägga landsting vid vite att upphöra med verksamheten. Ett annat alternativ är att i samma lag införa en straffbestämmelse om att den som uppsåtligen bedriver tillståndspliktig nationell högspecialiserad vård utan tillstånd kan dömas till böter eller fängelse.

Vi noterar att erfarenheten från rikssjukvården är att följsamheten till beslutade tillstånd har varit god. Med beaktande av att landstingen är offentliga aktörer som själva är delaktiga i beslutsprocessen kring vilka sjukdomsområden som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och vilka landsting som ska få tillstånd att bedriva sådan vård, finns det skäl att tro att följsamheten till besluten blir god även framöver. Vi föreslår i kapitel 14 att det ska skapas en webbplats för högspecialiserad vård där det bland annat ska redovisas vilka tillstånd som är beslutade och där Socialstyrelsen ska redovisa resultaten av sina uppföljningar. Där bör Socialstyrelsen också redovisa om nationell högspecialiserad vård har utförts av landsting som saknar tillstånd. Om Socialstyrelsen vid sin uppföljning av högspecialiserad vård finner att nationell högspecialiserad vård bedrivs av ett landsting utan tillstånd, bör Socialstyrelsen som nämns ovan genast påtala detta för landstinget med uppmaning att landstinget genast ska upphöra med verksamheten. Om det inte sker bör Socialstyrelsen informera IVO om att landstinget bedriver tillståndspliktig vård utan tillstånd.

Offentlig publicering av verksamhet som bedrivs utan tillstånd och IVO:s möjlighet att påtala för landstingen att de bryter mot regelverket bör vara tillräckliga medel för att uppnå en god följsamhet till besluten om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård.

Om det framöver visar sig att landsting bedriver nationell högspecialiserad vård utan tillstånd kan det finnas anledning att på nytt överväga att införa sanktioner.

## 13.5 Genomförandet av förslagen

**Utredningens bedömning:** Socialstyrelsen bör i god tid före ikraftträdandet av den nya lagstiftningen få i uppdrag av regeringen att ta fram en ny arbetsprocess för nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården och fasa ut dagens system för rikssjukvård.

Vi bedömer att själva arbetsprocessen för den struktur som vi föreslår i detta kapitel är avgörande för hur omfattande koncentrationen blir. Det går att dra många lärdomar från både dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården.

Av denna anledning föreslår vi att Socialstyrelsen som ett led i genomförandet av våra förslag redan vid halvårsskiftet 2016 får i uppdrag av regeringen att ta fram en arbetsprocess för myndighetens arbete med att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Processen ska omfatta hela förloppet, från tillsättandet av sakkunniggrupper och deras arbete till att fatta beslut om vad som är nationell högspecialiserad vård och utfärda rekommendationer om regional högspecialiserad vård, bedömning av ansökningar om att få bedriva nationell högspecialiserad vård, den nya nämndens arbete och beslut om var den nationella högspecialiserade vården ska bedrivas samt uppföljning. Vi föreslår att Socialstyrelsen även testar den nya arbetsprocessen i en pilot som omfattar en mindre sjukdomsgrupp. I uppdraget bör det även ingå att fasa ut befintliga processer för rikssjukvården.

Utredningen föreslår att den nya lagstiftningen om högspecialiserad vård träder ikraft den 1 januari 2018, vilket innebär att Socialstyrelsen går från pilot till fullskalig verksamhet. Tillsättandet av sakkunniggrupper blir en av de första uppgifterna för myndigheten, uppskattningsvis mellan 15–20 stycken. För att minska belastningen på både landets experter och patientföreträdare samt på Socialstyrelsen, föreslår vi en gradvis uppskalning med tillsättning av cirka hälften av sakkunniggrupperna första året och resten av grupperna

året därpå. Det är en hårfin balans mellan att skapa en rimlig arbetsbelastning för ansvarig myndighet, sakkunniga och huvudmännen och få det eftertraktade tempot i arbetet. Utan tempo kommer koncentrationstakten inte öka nämnvärt i förhållande till dagens rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården och risken är då att förtroendet för processen och Socialstyrelsen börjar svikta.

Den medicinska kompetensen bland myndighetens utredare bedömer vi som särskilt viktig för att myndigheten ska kunna samordna och driva processen på ett självständigt sätt. När väl Socialstyrelsen har fattat beslut om vilken hälso- och sjukvård som ska koncentreras och Nämnden för nationell högspecialiserad vård har fattat beslut om vilka vårdgivare som ska få bedriva nationell högspecialiserad vård, går myndigheten in i en mer förvaltande fas där uppföljning och dialog är centrala uppgifter.

## 13.6 Hanteringen av befintliga rikssjukvårdstillstånd och beslut om nationell cancersamordning

**Utredningens förslag:** Tillstånd att bedriva rikssjukvård ska, även om tiden för tillståndet har löpt ut, fortsätta att gälla till dess beslut enligt det nya regelverket har fattats.

**Utredningens bedömning:** Utgångspunkten för sakkunniggruppernas arbete bör vara att den koncentration av den högspecialiserade vården som har uppnåtts genom rikssjukvården och cancersamordningen ska tas till vara.

De tolv verksamheter som sedan 2007 har definierats som rikssjukvård är fördelade på 21 tillstånd som i regel löper fem år i taget. Inför att tillståndet löper ut, genomförs en mer djupgående utvärdering. Utvärderingen ligger till grund för en eventuell omprövning av definitionen och blir också utgångspunkten för förnyelse av tillståndet. Enligt våra förslag kommer dock inte de nya tillstånden för nationell högspecialiserad vård att bli tidsbegränsade, men kan omprövas och återkallas om så behövs (se även kapitel 14.4).

Även om vi föreslår att dagens rikssjukvårdsprocess med tillhörande nämnd ska avvecklas vid Socialstyrelsen, behöver de gamla

rikssjukvårdstillstånden hanteras och föras in i den nya strukturen för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården. Många av verksamheterna är nu inne på sin andra tillståndsperiod och vi bedömer det som angeläget att de även fortsättningsvis får arbetsro att bedriva en god vård för patienterna.

Vi föreslår därför att samtidigt som ändringarna i 9 a och 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen införs, bör det införas en övergångsbestämmelse som anger att tidigare beslutade tillstånd att bedriva rikssjukvård ska fortsätta att gälla till dess att de ersatts av beslut enligt det nya regelverket. Rikssjukvårdstillstånden ska fortsätta att gälla även om tiden för tillståndet löper ut innan nya beslut har hunnit fattas.

Vid sakkunniggruppernas genomgångar av sjukdomsgrupperna bör de dra nytta av tidigare utredningar inom rikssjukvården så att inte samma områden behöver utredas på nytt. Även de utredningar och beslut om koncentration som fattats inom ramen för den nationella nivåstruktureringen av cancervården bör tas till vara vid sakkunniggruppernas genomgångar. En utgångspunkt för sakkunniggruppernas arbete bör vara att de verksamheter som hittills har koncentrerats ska få fortsätta med sitt arbete.

Trots den inventering som Socialstyrelsen gjorde under 2015 av hälso- och sjukvård som borde koncentreras, föreslår vi att inga nya områden utreds och definieras som rikssjukvård. Dessa resurser bör i stället användas till att förbereda den nya arbetsprocessen och ikraftträdandet av den nya lagstiftningen. I stället föreslår vi att Rikssjukvårdsnämnden avvecklas vid samma tidpunkt som den nya lagstiftningen om den högspecialiserade vården träder ikraft.

Även landstingens nationella nivåstrukturering av viss cancervård föreslår vi ska ersättas av vårt förslag till ny struktur för styrningen av den högspecialiserade vården. Dagens nationella nivåstrukturering av cancervården vilar inte på någon lagstiftning. I stället fattar varje landsting beslut om att koncentrera och därmed fördela viss cancerbehandling mellan landstingen. Hitintills har landstingen enbart nivåstrukturerat peniscancerkirurgin till två vårdgivare i landet. Fler koncentrationsbeslut är dock på väg. Vi anser även här att fattade beslut om koncentration av viss cancervård inte bör rivas upp.

# 14 Krav på utförare av nationell högspecialiserad vård och uppföljning

I detta kapitel utvecklar vi de delar i vårt förslag som avser på vilka grunder vårdgivare ska få bedriva högspecialiserad vård och hur vårdgivarna och den vård som bedrivs ska följas upp.

För att intentionen ska uppnås med nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården, dvs. bättre hälsa och livskvalitet för patienterna och en förbättrad effektivitet, behövs tydliga beskrivningar av vad som avses med god vård och effektivitet inom de sjukdomsområden som ska koncentreras.

Precis som vi tidigare har konstaterat håller svensk vård generellt sett en hög standard och resultaten är ofta i internationella jämförelser i klass med de bästa. Samtidigt visar data från bl.a. Öppna jämförelser[1] på återkommande skillnader i vårdens resultat, såväl mellan olika landstig och sjukhus som socioekonomiska grupper. Nationella uppdrags- och kravbeskrivningar för den högspecialiserade vården kan vara ett sätt att styra mot hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om en vård på lika villkor.

[1] Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och landsting. Öppna jämförelser 2014. Jämförelser mellan landsting. Stockholm: 2014.

## 14.1 Krav på utförare av nationell högspecialiserad vård

**Utredningens bedömning:** Ansvarig myndighet tar fram uppdrags- och kravbeskrivningar som tydliggör vilka krav som ska uppfyllas av de verksamheter som vill bedriva nationell högspecialiserad vård. De generella kraven bör i tillämpliga delar anges i myndighetens föreskrifter.

Vi föreslår att ansvarig myndighet tar fram uppdrags- och kravbeskrivningar som tydliggör vilka krav som ska uppfyllas av de verksamheter som ges i uppdrag att bedriva nationell högspecialiserad vård.

I dagens system med rikssjukvård har man hittills inte i ett tidigt skede i utredningsarbetet tagit fram vilka krav som ska gälla för ett visst rikssjukvårdstillstånd. Dock har särskilda krav om god vård och ledningssystem etc. knutits till tillstånden att bedriva rikssjukvård. Uppföljningsindikatorer har sedan tagits fram under tiden rikssjukvården har bedrivits för att användas för uppföljning och utvärdering av verksamheterna. De vårdgivare som har visat intresse för att bedriva rikssjukvård har därför inte på förhand haft någon tydlig kravbeskrivning att utgå ifrån då de ansökt om att få bedriva den specifika vården. De har i stället fått beskriva sin verksamhet utifrån bl.a. sin förmåga att utöka verksamheten till att omfatta hela landet, sårbarhetsanalys, förmåga till god vård, kompetens och forskning.

I den utredning som Socialstyrelsen gjorde av sin egen rikssjukvårdsprocess 2012, föreslog myndigheten att man i ett tidigt skede borde definiera vilka krav som ska uppfyllas för att en vårdgivare ska få bedriva rikssjukvård. I denna process som man föreslog skulle kallas specifikationsutredning, skulle även uppföljningsindikatorer för vårdkvalitet och resurseffektivitet och andra villkor som rikssjukvårdsverksamheterna ska uppfylla tas fram. Tanken var att underlaget skulle användas både vid tillståndsprocessen och vid uppföljningen. Denna förändring av rikssjukvårdsprocessen har inte genomförts för de tillstånd som har beslutats fram till i dag.[2]

[2] Socialstyrelsen. Utredning om rikssjukvård och högspecialiserad vård. Stockholm: 2012.

Inom den cancersamordning som vi har beskrivit i kapitel 7.4 tas en kravbeskrivning fram i ett tidigt skede i utredningsfasen. De ansökande vårdenheterna som vill bedriva en viss cancervård får beskriva sin verksamhet på liknande sätt som inom rikssjukvården, men därtill finns särskilda krav på kompetens, utrustning och kvalitetsmål.[3]

Vi anser att det är en klar fördel att i ett tidigt skede beskriva uppdraget och vilka krav som ska gälla för den hälso- och sjukvård som ska koncentreras eftersom det ökar transparensen och förutsägbarheten i processen, inte minst för de vårdgivare som ska ansöka om att få bedriva nationell högspecialiserad vård.

Utredningen föreslår att följande kriterier kan vara utgångspunkt i de uppdrags- och kravbeskrivningar som ansvarig myndighet tillsammans med sakkunniggrupperna tar fram: *Kapacitet och hållbarhet, volym, kompetens, samarbete och resurser, kvalitet och dokumentation, sammanhängande patientflöden samt forskning, utveckling och utbildning*.

Dessa kriterier återfinns till viss del inom både rikssjukvårdsprocessen och cancersamordningen, men även i den danska modellen som vi beskriver i kapitel 10.1. Varje kriterium bör innehålla såväl generella som områdesspecifika krav. Kriterierna i uppdrags- och kravbeskrivningarna syftar till att säkerställa att de enheter som ges tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård uppfyller ett antal kvalitetskrav som är väl förenade med att bedriva en högkvalitativ och resurseffektiv verksamhet. Här följer en utvecklad beskrivning av vad som kan tänkas inrymmas inom varje kriterium:

- *Kapacitet och hållbarhet* – specificering av hur vården ska kunna tillhandahållas, ofta dygnet runt, året runt.
- *Volym* – specificering av tillräcklig volym på individ-, klinik- och sjukhusnivå. Generellt bör sjukhus göra minst inom intervallet 50–100 åtgärder per år för att kunna upprätthålla kvaliteten. Antalet är ett riktmärke och kan variera beroende på svårighetsgrad, sjukdomsgrupp, organisatoriska skäl, geografi etc. Generellt bör varje enskild behandlare eller team göra minst 30 åtgärder per år.
- *Kompetens och tillräcklig personalstyrka* – specificering av nödvändiga kompetenser och hur de säkras.

[3] Regionala cancercentrum i samverkan, Remiss avseende nationell nivåstrukturering av kurativt syftande kirurgi vid peniscancer, 2013-12-17.

- *Samarbete och resurser* – specificering av hur vårdgivarna förväntas samarbeta med varandra nationellt och internationellt där detta krävs för att säkra en god vård och ett sammanhängande patientflöde. Vidare måste nödvändiga resurser preciseras.
- *Kvalitet och dokumentation* – specificering av hur vården förväntas dokumentera i relevanta beskrivningssystem, exempelvis PAS (patientadministrativa system), kvalitetsregister, och KPP (Kostnad Per Patient). Vårdgivarna förutsätts också följa nationella riktlinjer om sådana finns. Det ska finnas system som gör att resultaten publiceras öppet och kontinuerligt. Det ska vara möjligt för den enskilda behandlaren och ledningen att följa teamens resultat.
- *Sammanhängande patientflöden* – övergången mellan olika vårdnivåer och vårdgivare ska säkras genom samarbetsavtal. Det ska finnas vårdprogram som redovisar hela vårdkedjan (diagnostik, behandling och eftervård) och vem som har ansvaret för olika delar av vården.
- *Forskning, utveckling och utbildning* – det krävs tillräckliga patientvolymer för att kunna bedriva forskning, utveckling och utbildning effektivt. Det förutsätts finnas processer för ett ordnat införande av nya medicinska metoder. Det kan också ställas krav på forskningssamarbeten nationellt och internationellt samt koppling till akademin. Kliniken ska ha ett system för kontinuerlig återföring och lärande, t.ex. gemensamma möten, audit, videoinspelningar och simuleringsövningar. Kliniken har ett ansvar för att utbilda nya specialister.

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) har på förfrågan från utredningen undersökt vad den vetenskapliga litteraturen visar avseende recertifiering av läkare samt ackreditering av sjukhus. Såväl recertifiering av läkare som ackreditering av sjukhus förespråkas ibland som ett sätt att öka kvaliteten och patientsäkerheten. Vi ville därför få ett underlag för att överväga om det vore något som borde ingå som en del i de uppdrags- och kravbeskrivningar som är kopplade till tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård. SBU:s genomgång visade dock att det vetenskapliga underlaget för nyttan av recertifiering av läkare respektive ackredite-

ring av sjukhus är otillräckligt, varför vi valt att inte föreslå att det inkluderas i uppdrag- och kravbeskrivningarna.[4]

Socialstyrelsen föreslås ta fram mallar samt beskriva det övergripande uppdraget och generella kriterier kopplat till kvalitet och resurseffektivitet. De generella krav som avser alla som bedriver nationell högspecialiserad vård bör i tillämpliga delar framgå av myndighetens föreskrifter. Det skulle bidra till öppenhet, tydlighet och förutsebarhet för landstingen kring vilka krav som ställs på tillståndsinnehavarna. Sakkunniggrupperna kompletterar därefter i en standardiserad struktur med förslag på preciseringar av kriterierna för respektive sjukdomsgrupp. Dessa uppdrags- och kravbeskrivningar föreslår vi ligger till grund för Socialstyrelsens beslut om vilken nationell högspecialiserad vård som ska koncentreras och därefter nämndens beslut om vilka enheter som ska få tillstånd att få bedriva nationell högspecialiserad vård.

## 14.2 Uppföljning av tillstånd för den nationella högspecialiserade vården

**Utredningens bedömning:** Uppföljningen av tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård bör ske genom egenkontroll samt årsrapporter och återkommande fördjupade uppföljningar. Verksamheternas resultat ska redovisas på en gemensam webbplats för den högspecialiserade vården som är tillgänglig för allmänheten.

För att säkerställa att den beslutsordning som föreslås får genomslag och blir effektiv, krävs uppföljning. Uppföljningen syftar till att den nationella högspecialiserade vården bedrivs i enlighet med de uppdrags- och kravbeskrivningar som är grunden för tillstånden. Fokus ska vara på följsamheten till kraven inklusive data som redovisar vårdresultat såsom till exempel medicinska resultat, patientrapporterade resultat och tillgänglighet.

[4] Statens beredning för medicinsk utvärdering. Leder recertifiering av läkare till bättre vård för patienten. Stockholm: 2014. SBUs Upplysningstjänst 2015-03-06; Statens beredning för medicinsk utvärdering. Ackreditering av sjukhus. Stockholm: 2014. SBU:s Upplysningstjänst 2014-10-17.

Vi förutsätter att alla de verksamheter som ges tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård aktivt arbetar med ledningssystem för att

- systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet,
- planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

För att säkerställa en så ändamålsenlig och enkel uppföljning som möjligt, föreslår utredningen att uppföljningen framför allt sker genom verksamheternas egenkontroll i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). Det innebär att verksamheten systematiskt förväntas följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat. Egenkontrollen innebär även att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de processer och rutiner som ingår i ledningssystemet och enligt de särskilda krav som följer med tillstånden. Egenkontrollen ska göras med den frekvens och i den omfattning som krävs för att verksamheten ska kunna säkra sin kvalitet.

Vi föreslår vidare att verksamheter med tillstånd årligen gör årsrapporter där följsamhet till uppdrags- och kravbeskrivningar återrapporteras. Dessa årsrapporter bör publiceras öppet på en särskild webbplats för högspecialiserad vård, förslagsvis via Socialstyrelsens hemsida.

Myndighetens granskning av inkomna årsrapporter säkerställer att den vård som bedrivs på enheter som har tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård, sker i enlighet med uppdrags- och kravbeskrivningen och ligger väl till i internationella resultatjämförelser.

Vi föreslår vidare att Socialstyrelsen återkommande mer fördjupat följer upp de verksamheter som givits tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård bl.a. genom medicinsk kvalitetsrevision.

## Uppföljning med hjälp av data

All vård och behandling ska dokumenteras i relevanta beskrivningssystem såsom patientadministrativa system och kvalitetsregister. Det ska vara möjligt för den enskilda behandlaren och ledningen att följa behandlarens och vårdteamets resultat. Det ska även vara

möjligt att plocka fram aktuell data om bl.a. volymer till den årsrapport som de högspecialiserade enheterna förväntas göra.

Uppdrags- och kravbeskrivningarna ska innehålla ett mindre antal indikatorer som speglar god kvalitet och effektivitet. Datakälla för indikatorerna bör så långt det är möjligt vara kvalitetsregister alternativt patientadministrativa system där data om kvalitet dokumenteras och kan plockas fram och sammanställas. Indikatorutfallen blir viktiga verktyg, både för att säkra verksamhetens kvalitet och för att följa att beslutet att definiera området som högspecialiserat innebär kvalitets- och effektivitetsvinster på nationell respektive regional nivå.

Utredningen förutsätter att verksamheter som har tillstånd inom samma områden kontinuerligt jämför sig med varandra och skapar ett lärande utifrån dessa jämförelser. I möjligaste mån bör det även eftersträvas internationella jämförelser.

Vidare bör varje enskild vårdkontakt registreras utifrån dess kostnad i enlighet med systemet Kostnad per Patient (KPP). I KPP knyts dessutom den enskilde patientens resursförbrukning samman med information om patienten och med patientadministrativa data samt med uppgifter om diagnoser och åtgärder. På så sätt skapas en grund för transparanta och korrekta pris- och ersättningsmodeller för den högspecialiserade vården.

## 14.3 Uppföljning av nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården

**Utredningens bedömning:** Ansvarig myndighet bör föra dialog med huvudmännen om utvecklingen av nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården med utgångspunkt i de rekommendationer som myndigheten lämnat.

För den regionala högspecialiserade vården föreslår vi ingen nationell reglering om utfärdande av tillstånd. Det är landstingens ansvar att omsätta Socialstyrelsen rekommendationer och nivåstrukturera den regionala högspecialiserade vården. Utöver det uppföljningsansvar som landstingen har för den vård som de bedriver, föreslår vi att Socialstyrelsen följer den regionala utvecklingen av nivåstruktureringen genom dialoger i regionala nätverk. Dialogerna kan hämta

inspiration från den uppföljning som Socialstyrelsen bedriver inom ramen för cancersamordningen och uppbyggnaden av regionala cancercentrum (RCC). Syftet med dialogerna bör vara att stödja och stimulera arbetet och identifiera svårigheter och utmaningar. På motsvarande sätt som görs inom ramen för RCC, bör Socialstyrelsen sammanfatta dialogerna i rapporter som publiceras på den webbplats för högspecialiserad vård som vi föreslår ovan.

## 14.4 Återkallelse av tillstånd

**Utredningens förslag:** Tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård ska inte vara tidsbegränsade. Ett tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård kan återkallas av ansvarig myndighet om det specifika området som tillståndet avser har omdefinierats och bör koncentreras i en annan omfattning än tidigare, om verksamheten inte uppfyller villkoren för tillståndet eller på begäran av tillståndshavaren.

Inom ramen för dagens rikssjukvård utvärderas tillstånden i syfte att klarlägga om målsättningarna med införandet av rikssjukvårdstillståndet har uppnåtts och att värdera förutsättningarna inför beslut om ny tillståndsperiod. Som vi angav i kapitel 13.2 gör vi bedömningen att tillstånden för den nationella högspecialiserade vården inte ska vara tidsbegränsade.

Vi föreslår att ett tillstånd om nationell högspecialiserad vård kan återkallas av Socialstyrelsen av tre skäl:

- Det specifika området som tillståndet avser har av myndigheten beslutats inte längre vara aktuellt att koncentrera eller bör koncentreras i en annan omfattning än tidigare.
- Verksamheten uppfyller inte villkoren för tillståndet.
- Tillstånd kan även återkallas på begäran av tillståndshavaren.

Sakkunniggrupperna bör regelbundet se över om det finns skäl att omdefiniera vad som bör vara nationell högspecialiserad vård inom respektive sjukdomsområde. Det kan t.ex. komma nya vetenskapliga studier som visar att behandling kan ske på annat sätt som inte alls

är komplicerat eller att utrustning som krävt stora investeringar går ned betydligt i pris.

Tillstånden är förenade med uppdrags- och kravspecifikationer. Om en verksamhet inte uppfyller kraven, kan tillståndet komma att återkallas. Det kan till exempel röra sig om att verksamheten av något skäl inte tar emot patienter som har remitterats till verksamheten eller att personal slutat och att tjänster inte återtillsatts, vilket fått tillföljd att verksamheten inte längre uppfyller kraven på kompetens.

I de fall ett tillstånd återkallas, bör myndigheten i samverkan med berörd verksamhet upprätta en avvecklingsplan. Planen bör bl.a innehålla hur vården på kort sikt ska kunna tillhandahållas till de patienter som är i behov av vård, trots att berörd verksamhet inte längre kommer att bedriva denna vård. En del i en sådan avvecklingsplan kan innebära samarbete med andra vårdenheter nationellt eller genom samverkan internationellt. Avvecklingsplanen bör även innehålla tidsangivelser för omställningen utifrån båda parters perspektiv.

## 14.5 Överklagande av beslut om nationell högspecialiserad vård

**Utredningens förslag:** Socialstyrelsens beslut i ärenden om nationell högspecialiserad vård får inte överklagas.

Socialstyrelsens beslut om rikssjukvård enligt nu gällande regelverk i 9 b § hälso- och sjukvårdslagen kan inte överklagas. Utredningen bedömer att Socialstyrelsens beslut om vad som utgör nationell högspecialiserad vård och tillstånd att bedriva sådan vård inte heller bör kunna överklagas. Detsamma gäller återkallelse av tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård.

Eftersom beslut om vad som är nationell högspecialiserad vård och var den ska bedrivas riktar sig till landsting, blir inte Europakonventionens krav på tillgång till domstolsprövning aktuellt för beslut om högspecialiserad vård. Även i fall där landsting får tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård genom en privat utförare, är det landstinget som är tillståndshavare och som ansvarar för att villkoren för tillståndet är uppfyllda. Den privata aktören har inte någon partsrelation i förhållande till Socialstyrelsen, utan bedriver

nationell högspecialiserad vård genom en avtalsrelation med landstinget. Ett sådant förhållande medför inte heller att Europakonventionens krav blir tillämpliga.

Av 22 § förvaltningslagen (1986:223) framgår att ett beslut får överklagas av den som beslutet angår, om det har gått honom emot och beslutet kan överklagas. Förvaltningslagen innehåller däremot inte något krav på att beslut ska kunna överklagas. Överklagbarheten regleras i olika specialförfattningar eller följer av praxis.

Vid införandet av den nuvarande 9 b § hälso- och sjukvårdslagen[5] bedömde regeringen att den omständigheten att Rikssjukvårdsnämnden har ledamöter med särskilda kunskaper i medicin och juridik samt representanter från sjukvårdshuvudmännen minskar behovet av att besluten ska kunna överklagas. Regeringen menade vidare att överklaganden skulle kunna leda till långdragna processer, vilket skulle kunna vara negativt för patienternas möjlighet att få vård. Regeringen ansåg också att effektivitets- och kostnadsskäl talade mot en överklaganderätt.

Utredningen bedömer att flera av dessa skäl mot en överklaganderätt kvarstår med nuvarande förslag till beslutsorganisation. De riktmärken för volym som sakkunniggrupperna tar fram inom sina sjukdomsområden blir styrande för på hur många enheter den nationella högspecialiserade vården bör bedrivas. Sakkunniggruppernas underlag om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård kommer att vara av medicinsk karaktär. Besluten om vad som är nationell högspecialiserad vård fattas av Socialstyrelsen, men föregås av att myndighetens förslag till beslut remitteras till bland andra sjukvårdshuvudmännen, patientorganisationer och berörda myndigheter. Därefter får Socialstyrelsen eventuellt revidera förslagen till beslut innan de faktiska besluten fattas om vad som är nationell högspecialiserad vård. Utredningen bedömer att ett sådant beredningsförfarande minskar behovet av att besluten om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska kunna överklagas.

Det inledande beslutet om vilken hälso- och sjukvård som ska eller bör koncentreras, följs av ett beslut om vilka landsting som ska få tillstånd att bedriva sådan vård. Detta beslut föreslår vi ska fattas av en nämnd bestående av representanter för sjukvårdshuvudmännen. Beslut om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad

[5] Regeringens proposition(2005/06:73), Nationell samordning av rikssjukvården.

vård kan bara tilldelas landsting som har ansökt om att få bedriva sådan vård. De politiska hänsyn som kan ligga bakom sådana beslut, och deras koppling till andra tillståndsbeslut som nämnden fattar, gör att de inte lämpar sig för domstolsprövning. Socialstyrelsens beslut om vad som ska anses vara nationell högspecialiserad vård samt nämndens beslut om tillstånd att bedriva sådan vård bör därmed inte kunna överklagas.

Tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård föreslås inte längre vara tidsbegränsade, men de ska kunna återkallas av Socialstyrelsen om villkoren för tillståndet inte uppfylls, om det område som har koncentrerats har omdefinierats eller på tillståndshavarens egen begäran.

Återkallelse av ett tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård kan vara en ingripande åtgärd för det landsting som har fått tillståndet. Som anges ovan kan återkallelse ske under begränsade omständigheter och bör inte i något av dessa fall komma som en överraskning för de landsting som är tillståndshavare.

Om återkallelse sker på grund av att sakkunniggrupperna har gjort en genomgång av sjukdomsområdet och kommit fram till att utvecklingen inom området medfört att det finns skäl att ompröva behovet av koncentration, kommer landstingen känna till att en sådan genomgång pågår i sakkunniggrupperna. När genomgången är avslutad kommer landstingen att få sakkunniggruppernas förslag på remiss och först därefter ska Socialstyrelsen besluta att omdefiniera vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård inom det aktuella området. Den utveckling inom sjukvårdsområdet som föranleder att området inte längre utgör nationell högspecialiserad vård eller bör koncentreras i högre utsträckning än tidigare, bör vara väl känd i de verksamheter som bedriver denna typ av vård. Det blir först efter att Socialstyrelsen har beslutat att omdefiniera vad som utgör nationell högspecialiserad vård som det kan bli aktuellt för myndigheten att återkalla de befintliga tillstånden och möjligen utlysa en ny ansökningsomgång.

Vid sådan återkallelse blir motsvarande argument relevanta som vid det första beslutet om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Det är medicinskt baserade bedömningar som remitteras till samtliga berörda aktörer innan Socialstyrelsen fattar beslut. Om en sådan process har lett fram till att det koncentrerade området ska bli större eller kan utföras på betydligt fler platser i landet, blir

det en naturlig följd att de befintliga tillstånden återkallas. Den omständigheten att landstingen i god tid känner till att förändringar är på gång talar emot att de skulle kunna överklaga besluten att återkalla tillstånden. Därutöver ser utredningen en risk att om besluten att återkalla tillstånd skulle kunna överklagas, skulle enskilda landsting kunna blockera möjligheterna att anpassa den nationella högspecialiserade vården i takt med den tekniska och medicinska utvecklingen inom sjukdomsområdet.

Återkallelse kan också ske om villkoren för tillståndet inte uppfylls. Som nämns ovan kan det exempelvis vara när landstinget förlorar personal som inte kan ersättas inom rimlig tid så att kompetenskravet inte kan upprätthållas, eller att landstinget inte kan ta emot patienter i den omfattning som tillståndet kräver och det får till konsekvens att patienterna drabbas av mycket långa väntetider. I dessa fall behöver Socialstyrelsen föra en tät dialog med landstinget för att se om det finns förutsättningar att inom kort komma till rätta med bristerna i verksamheten. I de fall det står klart att villkoren inte kommer att kunna uppfyllas inom rimlig tid, kan det bli aktuellt för myndigheten att återkalla tillståndet och utlysa en ny ansökningsomgång.

Om tillståndet återkallas på grund av att villkoren för tillståndet inte har uppfyllts, bör som nämnts ovan Socialstyrelsen dessförinnan ha haft en nära dialog med tillståndshavaren för att försöka avhjälpa bristerna. Utredningen bedömer att det skulle kunna få förödande konsekvenser för patientsäkerheten om de tidigare tillståndshavarna inte uppfyller kraven för tillstånden och beslutet att återkalla tillståndet fastnar i en långdragen domstolsprocess. I dessa fall när patientsäkerheten är hotad är det av största vikt att säkerställa att patienterna kan få vård av hög kvalitet. Patientsäkerhetsskäl talar därför emot att sådana beslut ska kunna överklagas. Den omständigheten att återkallelsen av tillståndet beslutas av Nämnden för nationell högspecialiserad vård, som består av representanter för sjukvårdshuvudmännen, gör också att motiven för domstolsprövning minskar.

Sammanfattningsvis anser utredningen att karaktären på Socialstyrelsens beslut om vad som utgör nationell högspecialiserad vård, tillstånd att bedriva sådan vård samt återkallelse av sådant tillstånd är sådana att de inte lämpar sig för domstolsprövning. Den omfattande beredningsprocess som föregår besluten, den beslutande

nämndens sammansättning och patientsäkerhetsaspekter talar också för att dessa beslut inte ska gå att överklaga.

## 14.6 Uppföljning ur ett patient- och samhällsperspektiv

**Utredningens bedömning:** En myndighet bör få i uppdrag att noga följa reformens genomförande ur ett patient- och samhällsperspektiv.

En myndighet bör efter den nya lagstiftningens ikraftträdande få i uppdrag att noga följa reformens genomförande ur ett patient- och samhällsperspektiv. Vi föreslår Myndigheten för vård- och omsorgsanalys som lämplig myndighet för detta uppdrag.

I uppdraget bör bl.a. ingå att titta på omfattningen av koncentrationen, vårdens kvalitet och tillgänglighet gentemot patienterna och om resurserna används på ett effektivt sätt. Vi föreslår att uppdraget inleds med en baslinjestudie över hur situationen ser ut samma år som riksdagen fattar beslut om den nya lagstiftningen. Baslinjestudien blir ett viktigt underlag för utvärdering av reformens genomförande och genomslag. Om uppföljningen visar på svårigheter i genomförandet är det viktigt att orsakerna till detta klarläggs på ett tydligt sätt, vilket möjliggör för regeringen att justera systemet.

# 15 Akutuppdraget

**Utredningens bedömning:** Akutsjukvårdens organisation och transportsystem bör utredas i särskild ordning.

Sjukhusens olika verksamheter är oftast beroende av varandra och en koncentration av högspecialiserad vård, främst den regionala högspecialiserade vården, skulle kunna påverka möjligheterna att bedriva akut verksamhet. Vetenskapliga studier pekar på att både patientvolymerna på trauma- eller akutsjukhusen och ambulanstransporterna påverkar hur det går för patienterna.

Ett nationellt system för ambulanshelikopterverksamhet borde tillskapas av landstingen.

Akutsjukvården har, i alla de samtal och större dialoger vi haft om nivåstrukturering av den högspecialiserade vården, lyfts fram som en verksamhet som påverkas av en ökad koncentration av den planerade högspecialiserade vården. Om den högspecialiserade vården koncentreras utan hänsyn till akutuppdraget, kommer enskilda akutsjukhus förlora viss planerad hälso- och sjukvård och därmed kompetens på området. Däremot fortsätter patienter med akuta sjukdomstillstånd av olika svårighetsgrad att strömma till sjukhusets akutmottagning.

Akuta och allvarliga skador och sjukdomar som snabbt måste få ett första omhändertagande är t.ex. traumapatienter och patienter med hjärtinfarkt och stroke. När det gäller hjärtinfarkter och stroke behandlar de flesta sjukhus i Sverige mer än 100 fall per år och kommer då över de riktmärken vi skisserat som nödvändiga för att upprätthålla god kvalitet. Hjärtinfarkt och stroke kommer därför sannolikt inte att definieras som högspecialiserad vård om inte särskilda behov av multidisciplinär kompetens eller stora investeringar behövs som trots allt kräver en ytterligare nationell eller regional koncentration. Efter ett första omhändertagande, antingen pre-

hospitalt eller på sjukhuset, kan det däremot vara aktuellt att transportera dessa patienter till andra sjukhus för specifika behandlingar som t.ex. PCI eller trombektomi.

Sjukhusens olika verksamheter är ofta beroende av varandra och om man flyttar bort viss verksamhet från ett sjukhus kan det påverka möjligheterna att bedriva annan verksamhet. Vår bedömning är att koncentration av nationell högspecialiserad vård, vilken omfattar cirka fyra procent av sjukhusvården, inte i någon märkbar omfattning påverkar möjligheterna att bedriva annan vård som inte är högspecialiserad. Däremot kommer en ökad koncentration av regional högspecialiserad vård sannolikt påverka den akuta verksamheten.

Vi anser att det är viktigt att den högspecialiserade vården organiseras så att även akutuppdraget klaras av och vice versa. Vi gör därför bedömningen att akutuppdraget måste inkluderas i planeringen och styrningen av den regionala högspecialiserade vården. Annars är risken stor att det blir svårt att möjliggöra en ökad koncentration av den högspecialiserade vården, vilket drabbar patienterna.

## 15.1 Nuvarande organisation

Akutsjukvården utgör en central och omfattande del av sjukvården och akutmottagningarnas verksamhet är en av nyckelpositionerna i sjukhusorganisationen. Till akutmottagningarna kommer patienter med sjukdomstillstånd av olika allvarlighetsgrad. Allt ifrån trauman efter svåra olyckor, stroke och hjärtinfarkt till enklare åkommor som likaväl skulle kunna behandlas inom primärvården. Detta innebär att en akutmottagning hittills varit organiserad på ett sådant sätt att man över dygnets 24 timmar ska klara av att hantera ett ojämnt och snabbt flöde av patienter och kan göra en medicinskt korrekt prioritering bland de inkommande patienterna.

Det är dock inte säkert att alla akutsjukhus ska ta hand om alla typer av akut sjuka patienter. Vanliga akuta medicinska sjukdomar som stroke och hjärtinfarkter inträffar relativt ofta, medan behoven av flera akutkirurgiska åtgärder är mer sällsynt förekommande.

Akutsjukhusen har förutom det akuta uppdraget även uppdrag att bedriva stora delar av specialistsjukvården inom landstingen. I Socialstyrelsens rapporter om väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar framgår det att tillströmningen till akutmottagningarna

sedan flera år tillbaka har ökat över hela landet.[1] Äldre patienter är t.ex. en grupp vars behov av sjukhusvård har ökat. Det framgår även att patienter vänder sig till akutmottagningar i brist på annan tillgänglig vårdinstans eller för att förtroendet för t.ex. primärvården brister.

Det är landstingen som beslutar om hur akutsjukvården ska organiseras och vad som ingår i ett akutsjukhus uppdrag. Sveriges akutsjukhus har därför alla lite olika karaktär, olika storlek och olika stora upptagningsområden och det varierar således mellan landstingen hur man organiserar den akuta vården.

En viss omstrukturering av sjukhusverksamheten pågår i landstingen. Alla sjukhus har inte akutverksamhet dygnet runt sju dagar i veckan och mindre sjukhus har i vissa fall fått stänga exempelvis akutkirurgin och specialisera sig på vissa typer av planerad kirurgi. Främst har detta gällt ortopediska ingrepp där t.ex. Hässleholms och Lyckseles sjukhus bl.a. fokuserat på höftledsplastik. På detta sätt kan även mindre sjukhus uppnå tillräckliga volymer och bli duktiga på det man gör. Vi tror att denna utveckling måste intensifieras och även omfatta många andra planerade åtgärder.

För närvarande ligger vanligtvis ansvaret för läkarbemanningen på akutmottagningen på respektive specialistklinik och det är därför sällan läkare anställda direkt på akutmottagningarna. Utbytet av läkare mellan specialistklinikerna och akutmottagningen har bl.a. varit ett sätt att försöka uppnå tillräckliga patientvolymer för att kunna bedriva en rationell, god och patientsäker vård. Med införandet av akutläkarspecialiteten tros det dock ske en succesiv förändring av ansvaret för läkarbemanningen med läkare anställda direkt på akutmottagningen. Med specialiserad utbildning och fokus på kärnuppgiften förväntas kvaliteten i omhändertagandet av akut sjuka öka. Utredningen anser att detta är en positiv utveckling som ökar stabiliteten i akutsjukvården.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gjorde 2014 en granskning av akutmottagningar.[2] Granskningen visade att många akutmottagningar har svårt att täcka behovet av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal. Det gällde såväl erfarna sjuksköterskor som

[1] Socialstyrelsen. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar. Stockholm: 2014.
[2] Inspektionen för vård och omsorg. Hur står det till med våra akutmottagningar. Tillsyn av patientsäkerheten vid akutmottagningar i Uppsala/Örebro sjukvårdsregion. Stockholm: 2015.

specialistkompetenta läkare. Bristande bemanning innebar bl.a. att icke-legitimerade läkare får ta ett alltför stort ansvar i förhållande till sin erfarenhet och kompetens. Många akutsjukhus som ska bemannas dygnet runt sju dagar i veckan underlättar inte möjligheterna att ha kompetent personal på samtliga akutsjukhus.

En viktig del av akutvården är den vård som kan bedrivas prehospitalt i vägburna ambulanser och i ambulanshelikoptrar och flygplan. Att som patient få tillgång till rätt vård av god kvalitet inom en rimlig tid oberoende var man bor i landet är en jämlikhetsfråga. Effektiva transportmedel bemannade med rätt kompetens är avgörande i akuta situationer, där tiden är en viktig faktor. Det är landstingen som enligt hälso- och sjukvårdslagen ansvarar för att bedriva och tillhandahålla hälso- och sjukvård, inklusive sjuktransporter av olika slag.[3] Eftersom ansvaret för sjuktransporter är decentraliserat precis som den övriga hälso- och sjukvården, finns inga nationella heltäckande lösningar för varken de vägburna ambulanserna eller ambulanshelikoptrarna. Kapaciteten och bemanningen skiljer sig därför åt mellan landstingen.

Luftburen ambulanssjukvård med helikopter pekas ofta ut som en särskilt viktig komponent i akutvården. I en läkarbemannad ambulanshelikopter kan många gånger behandling påbörjas omedelbart och patienten kan transporteras till rätt vårdnivå för slutbehandling på en gång, i stället för att mellanlanda på närmaste sjukhus som är vanligt med vägburna ambulanstransporter. Ambulanshelikoptrarna kan även ha betydelse vid större strukturreformer så som nivåstrukturering av hälso- och sjukvården. När all vård inte längre kan eller bör bedrivas på alla sjukhus, blir snabba läkarbemannade transporter centrala.[4]

Ett 60-tal utredningar har under årens lopp utrett ambulanshelikopterverksamheten i Sverige och flera av dem har pekat på behovet av ett nationellt yttäckande ambulanshelikoptersystem för att säkerställa befolkningens tillgång till en god och jämlik vård oberoende var man bor i landet.[5] En av alla dessa utredningar är Socialstyrelsens rapport ”Ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem” från 1999. Myndigheten föreslog redan då ett rikstäckande och sammanhållet

[3] 1 och 6 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[4] Sveriges kommuner och landsting. Vård på Vingar. Stockholm: 2012.
[5] SOU 2008:129, Helikopterutredningen, s. 127.

system med ambulanshelikoptrar för akuta insatser. Socialstyrelsen bedömde att det skulle behövas 15 ambulanshelikoptrar strategiskt placerade runt om i landet för att nå 97,5 procent av landets befolkning inom 35 minuter från larm. Sjukvårdsregionerna skulle även fortsättningsvis vara huvudmän för verksamheten, men staten skulle delfinansiera verksamheten.[6] På senare år har både en statlig offentlig utredning och en utredning initierad av sjukvårdshuvudmännen föreslagit mer eller mindre motsvarande samordning genom bildandet av ett gemensamt bolag.[7]

Emellertid har ingen av utredningarna hitintills lett fram till någon nationell lösning. I stället har landstingen i Värmland, Dalarna och Västra Götalandsregionen bildat ett kommunalförbund i syfte att äga och ansvara för driften av sina helikoptrar. Ambitionen är att allt fler landsting ska ansluta sig till detta kommunalförbund. Utredningen anser att ett nationellt system för helikopterverksamhet borde inrättas snarast, antingen genom att landstingen inrättar ett rikstäckande kommunalförbund eller att landstingen i samverkan med andra samhällsorgan inrättar ett sådant system.

För ambulanstransporter med flyg planeras ett kommunalförbund, med samtliga landsting som medlemmar, att inrättas 2016. Kommunalförbundet ska ansvara för att driva en nationellt sammanhållen ambulansflygverksamhet.

## 15.2 Nivåstrukturering av den akuta vården

Träning ger färdighet och påverkar således hur det går för patienterna, så även inom trauma- och akutsjukvården.

Med den geografi och den glesbygdsstruktur Sverige har, är befolkningsunderlaget per sjukhus lågt på många platser i landet. Detta har betydelse för kvaliteten i akutsjukvården både i vardagen och vid allvarliga händelser. I kapitel 8 visar vi på det starka samband som finns mellan patientvolym och kvalitet. Fler patienter per sjukhus och ett ökat antal behandlingar per läkare minskar riskerna för patienter att dö eller få vårdskador i samband med en viss vårdåtgärd. Flera av de studier som vi refererar till i volymkapitlet visar

[6] Socialstyrelsen. Ett sammanhängande ambulanshelikoptersystem. Stockholm: 1999.
[7] SOU 2008:129, Helikopterutredningen; Sveriges kommuner och landsting Vård på vingar. Stockholm: 2012.

även att volymsambandet avser akutsjukvård. Mer avancerade traumacentrum har en minskad dödlighet i storleksordningen 15–20 procent jämfört med mindre avancerade akutsjukhus. Det finns alltså stöd för att en koncentration av akutsjukvården till färre och mer avancerade enheter av svårt skadade patienter förbättrar deras möjligheter att överleva.

Samtidigt kan en koncentration av akutsjukvården innebära längre tid till sjukhus. Det gäller alltså att försöka bedöma de totala konsekvenserna som inkluderar åtgärder innan patienten kommit in på sjukhus och tid från larm till att patienten kommit in på sjukhus, dvs. ambulanstransporter och kvaliteten på sjukhusets insatser.

Enligt vårt huvudsakliga förslag ska s.k. sakkunniggrupper tillsättas och med stöd i vår definition av den högspecialiserade vården inventera vilken specialiserad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Vi föreslår att dessa sakkunniggrupper gör en konsekvensanalys av om förslagen på vad som ska vara nationell och regional högspecialiserad vård påverkar akutsjukvården.

Precis som för den högspecialiserade vården är ett tillräckligt befolkningsunderlag som möjliggör tillräckligt många patienter avgörande för en god akutsjukvård. I England uppskattar man att ett svårare traumafall inträffar per vecka i ett upptagningsområde på 250 000 invånare.[8] Att ha alla nödvändiga resurser dygnet runt för ett fall per vecka är naturligtvis dyrt. Det är även patientosäkert med så lite träning för vårdpersonalen.

I Danmark har akutsjukvården ingått i den nivåstruktureringsreform som pågått i landet de senaste åren. Sundhetsstyrelsen har uppskattat att patientunderlaget borde uppgå till mellan 200 000 och 400 000 personer per akutsjukhus. Antalet akutsjukhus har därför reducerats kraftigt i Danmark och man har infört olika nivåer inom akutsjukvården samtidigt som man har förstärkt sjuktransportsystemet.[9] Med Sveriges befolkning som utgångspunkt skulle motsvarande beräkning innebära att Sverige skulle ha mellan 24–48 akutsjukhus att jämföra med de cirka 70 sjukhus vi har i dag. Vid en närmare analys av akutsjukvården måste man dock beakta att avstånden till sjukhus är längre i Sverige än i Danmark.

[8] Albert J, Philips H. Trauma care systems in the United Kingdom. Injury.Int J Care Injured 2003;34:728–734.
[9] Christiansen, T. Ten years of structural reforms in Danish healthcare. Health Policy 106 (2012).

Vi har i vårt utredningsarbete bl.a. träffat Svensk kirurgisk förening som menar att de akutsjukhus som finns i dagsläget rimligtvis är för många med hänsyn till befolkningsunderlaget. Sådan akutverksamhet som inte kan bedrivas med god kvalitet och med ett lärande i jourteamen, bör läggas ned. Föreningen anser vidare att akuta patienter kan transporteras och överföras från mindre sjukhus till större sjukhus med en komplett akutverksamhet med hjälp av välfungerande transportsystem och en god kommunikation mellan olika sjukvårdsnivåer.[10]

Socialstyrelsen konstaterar i remissversionen av sin traumarapport att det finns skäl att överväga om nivåstrukturering skulle kunna tillämpas inom den svenska traumavården med hänsyn till befolkningsunderlaget och kostnads- och produktivitetsutvecklingen i akutsjukvården. Vid en sådan dimensionering och arbetsfördelning av den akuta traumavården behöver tillgång till resurser och kompetens vägas mot möjlig tillgänglighet och önskad kvalitet.[11]

Socialstyrelsen föreslår en modell med traumanätverk, där varje nätverk ska bestå av en prehospital akutsjukvård bemannad med rätt kompetens, fullt utrustade och bemannade traumaenheter på sjukhus med akutkirurgisk verksamhet för stabiliserande traumavård och intensivvård och traumacentrum vid sjukhus med multidisciplinärt utbud motsvarande universitetssjukhus för definitivt och avancerat traumaomhändertagande på nationell nivå. Till detta skulle det kopplas nationella kriterier, riktlinjer, vårdprogram och kvalitetsregister som skulle tas fram av ett nationellt kompetenscentrum i syfte att säkerställa ett jämlikt traumaomhändertagande av hög kvalitet i hela landet. Nätverken föreslås samverka i bl.a. utbildnings- och forskningsfrågor. Myndigheten gör bedömningen att detta förväntas leda till en kvalitetssäkrad framtida traumavård (se även kapitel 5.5).[12]

Vi förslår att en särskild utredning tillsätts för att se över akutsjukvården, dess uppdrag och vilka konsekvenser en koncentration av den regionala högspecialiserade vården får på akutsjukvården samt behovet av nivåstrukturering av akutsjukvården och hur detta

[10] Protokoll från dialog med Svensk kirurgisk förening. Dnr S 2014:11/2015/5
[11] Socialstyrelsen, Remiss inför Socialstyrelsens rapport om traumavård vid allvarlig händelse, 2015.
[12] Socialstyrelsen, Remiss inför Socialstyrelsens rapport om traumavård vid allvarlig händelse, juli 2015. Stockholm: 2015.

skulle kunna genomföras. I ljuset av akutsjukvårdens täta sammankoppling med bl.a. den högspecialiserade vården och behov av tillräckliga patientvolymer och kompetens bedömer vi att en sådan utredning är angelägen. Utredningen skulle bl.a. kunna säkerställa att man i ett samlat perspektiv diskuterar vilket befolkningsunderlag som behövs och därmed hur många akutsjukhus som behövs för att bedriva en patientsäker vård, om det prehospitala omhändertagandet och ambulanstransporterna kan förbättras och om vissa mindre akutsjukhus i stället ska profilera sig på viss planerad verksamhet.

# 16 Övriga förslag som underlättar koncentration

**Utredningens bedömning:** För att underlätta en ökad koncentration av den högspecialiserade vården bedömer vi att:

- Färre sjukvårdshuvudmän i form av storregioner behövs för att kunna utveckla den regionala högspecialiserade vården.
- Kvalitetsdata inklusive volymer för den högspecialiserade vården bör vara tillgänglig för allmänheten.
- Nationella prisöverenskommelser behövs för den högspecialiserade vården.
- Utbytet av information inom hälso- och sjukvården behöver förenklas, bl.a. genom nationella standarder och ökad satsning på telemedicinska lösningar.
- Träning via s.k. simulering bör användas som ett sätt att träna och höja kompetensen, särskilt inom områden med låga patientvolymer.
- Landstingen bör uppmuntra till en ökad profilering av mindre länsdelssjukhus.

I föregående kapitel redogör vi för våra huvudförslag om en ny struktur för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården.

Utöver den lagstiftning som vi föreslår, finns det flera insatser som vi bedömer skulle förenkla koncentrationen av den högspecialiserade vården och förbättra samordningen av patientens väg genom vården. Vi har bl.a. identifierat behovet av färre huvudmän, en öppen redovisning av volymer och kvalitetsdata för den högspecialiserade vården, nationella prisöverenskommelser för den högspecialiserade

vården och en mer omfattande användning av telemedicinska lösningar. Ansvaret över dessa insatser vilar både på regeringen och på huvudmännen. Vi har dock valt att presentera dem fristående utan någon inbördes prioritering och lyfter dem som övriga förslag eftersom vi bedömer att de delvis ligger utanför vårt huvuduppdrag.

## 16.1 Förändra indelningen av dagens landsting och skapa storregioner

Färre sjukvårdshuvudmän i form av storregioner ger huvudmännen bättre förutsättningar att bedriva och utveckla den regionala högspecialiserade vården. Med storregioner förenklas den regionala samordningen och styrningen och patientvolymer och resurser ökar. Den pågående Indelningskommittén som har till uppgift att föreslå en ny läns- och landstingsindelning, kan underlätta nivåstruktureringen i hälso- och sjukvården. Vi välkomnar därför Indelningskommitténs uppdrag och arbete i frågan.

## 16.2 Utveckla öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata för den högspecialiserade vården

En öppen redovisning av volymer och medicinsk kvalitetsdata för den högspecialiserade vården anser vi bör utvecklas skyndsamt för att såväl patienter och medborgare som professioner ges tillgänglig information om dess kvalitet och effektivitet.

Öppna jämförelser av den högspecialiserade vården leder till att verksamheter med sämre kvalitet och resultat vill förbättra sig – ingen vill vara sämst. Informationen hjälper också beslutsfattare, såväl patienter och anhöriga som landstingsledningar, att göra bättre och mer informerade val, så som val av vårdgivare och beslut om hur och var en patientsäker och effektiv högspecialiserad vård ska bedrivas. Det är viktigt att data utan tidsfördröjning kan återföras från de system de samlas in i.

Att göra kvalitetsjämförelser med hjälp av data är svårt, särskilt för den högspecialiserade vården som har relativt låga volymer. Men trots utmaningarna anser vi att det är nödvändigt.

Information om volymer kopplade till åtgärder eller behandlingar per vårdenhet bör alltid redovisas. Den vetenskapliga litteraturen visar tydligt att volym har betydelse för de medicinska resultaten, se vidare i kapitel 8. Vi anser även att det i de patientadministrativa systemen eller i kvalitetsregister införs en uppgift över hur många åtgärder av en viss typ varje behandlare har gjort och att dessa uppgifter är offentliga för allmänheten. Verksamhetschefen borde därutöver ha möjlighet att följa upp resultaten i kvalitetsregistren i form av dödlighet och komplikationer för alla behandlare på individnivå. Det borde vara en självklarhet att varje verksamhetschef följer enhetens, teamets och enskildas resultat för att på så sätt identifiera förbättringsområden likväl som det borde vara en självklarhet för varje enskild behandlare att följa sina egna resultat och alltid sträva efter att förbättra sig.

## 16.3 Utveckla nationella prisöverenskommelser för den högspecialiserade vården

Patienters rörlighet över landstingsgränserna och deras tillgång till bästa möjliga vård riskeras av nuvarande prissättningssystem för den högspecialiserade vården.

Oberoende av prismodell tycks varken säljar- eller köparlandstingen vara helt nöjda med befintliga prislistor och den stora variation som finns mellan sjukvårdsregionernas och klinikernas prislistor. Bristen på samsyn och transparens avseende prislistorna för den s.k. utomlänsvården beskrivs av landstingsledningar som ett hinder för ett välfungerande patientutbyte mellan landstingen (se även kapitel 6.2).

Vi gör bedömningen att en ökad samordning genom nationella prisöverenskommelser för den högspecialiserade vården är nödvändig för att koncentrationen ska fungera och falla väl ut för patienterna. En ökad samsyn om priserna kan förbättra likvärdigheten i patienters tillgång till den högspecialiserade vården och förbättra arbetsfördelningen mellan remitterande och behandlande sjukhus. Behandlande läkare på universitetssjukhuset/länssjukhuset måste få ordentlig återkoppling och möjlighet att följa upp genomförd intervention, samtidigt som patienten om möjligt ska få lämplig och högkvalitativ eftervård så nära hemmet som möjligt. Det är även angeläget att rådgivning och annat stöd via kompetenscentrum och hälso- och

sjukvård som utförs med hjälp av telemedicin ersätts på ett sätt så att förutsättningar skapas för dessa arbetssätt.

Landstingen ansvarar för prissättningen inom hälso- och sjukvården. Behovet av en ökad samordning av priserna för den högspecialiserade vården är därmed främst en uppgift för sjukvårdshuvudmännen.

## 16.4 Förenkla informationshanteringen inom hälso- och sjukvården

En ändamålsenlig informationshantering inom hälso- och sjukvården där informationen följer patienten, oberoende av huvudman eller vårdnivå är en förutsättning för att nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården ska falla väl ut. På kort tid har två utredningar på området lämnat sina slutbetänkanden, Rätt information på rätt plats i rätt tid[1] och Nästa fas i e–hälsoarbetet.[2] Vi bedömer det som angeläget att förslagen i dessa två betänkanden genomförs skyndsamt.

Vi har dock valt att lyfta telemedicinska verktyg såsom video och andra tekniska hjälpmedel som förenklar driften av avancerad vård på distans utan att flytta varken patienten eller specialistteamet och ändå upprätthålla tillräckliga patientvolymer.

Telemedicin har bl.a. blivit ett centralt verktyg för att möjliggöra så kallade multidisciplinära konferenser eller ronder som samlar olika specialister och professioner inför och efter en behandling för att säkerställa en korrekt diagnostisering, behandling och uppföljning. Inte sällan deltar flera av specialisterna på videolänk från olika delar av sjukvårdsregionen eller landet. Dessa konferenser blir allt vanligare och är en viktig del i vårdprocessen för mycket av den högspecialiserade vården.[3] När lokal vårdpersonal medverkar i dessa ronder, sker också en naturlig kunskapsöverföring och bättre förståelse för varandras situation. Gemensam vårdplanering med hjälp av videokonferenser är t.ex. central i den vårdprocess som håller på att byggas upp kring den nya protonstrålningsanläggningen i Uppsala, den s.k. Skandionkliniken. De gemensamma multidisciplinära kon-

[1] SOU 2014:23, Rätt information på rätt plats i rätt tid
[2] SOU 2015:32, Nästa fas i e-hälsoarbetet.
[3] Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård 2014. Stockholm: 2014.

ferenserna ska möjliggöra en likvärdig bedömning och behandling av alla inkommande patienter, trots att samtliga sju universitetssjukhus står som remittenter till behandlingen vid anläggningen.[4] (se även kapitel 6.2)

Prover och bilddiagnostik är exempel på sådan vård som kan ske lokalt, men med hjälp av telemedicinska verktyg kan bedömas vid en högspecialiserad vårdenhet. Exempel från Visby lasarett visar att även avancerad endoskopisk och radiologisk invasiv undersökning kan utföras lokalt med hjälp av vägledning via videolänk från specialister vid Karolinska universitetssjukhuset. Behandlingen används framför allt vid komplicerad gallstenssjukdom och för gallväggsavlastning vid tumörsjukdom.[5]

Att införa nya arbetsmetoder är dock inte helt okomplicerat. Det måste t.ex. finnas teknisk infrastruktur som är likvärdig och som kan kommunicera mellan vårdgivare och mellan landsting. I dagsläget använder sig landstingen av olika tekniska lösningar, vilket begränsar användningen av telemedicinska tjänster över landstingsgränserna. E-hälsokommittén föreslår i sitt betänkande att det ska inrättas ett nytt beslutsorgan, samverkansnämnden, vid e-Hälsomyndigheten som ska kunna besluta om tillämpningar av standarder och andra krav på teknisk infrastruktur inom hälso- och sjukvården.[6] Vi stöder kommitténs ambition att få till enhetliga standarder och tekniska krav nationellt.

## 16.5 Träna mer och använd simulering

Utredningen framhåller att det inom den högspecialiserade vården bör utvecklas system för systematisk träning bl.a. med hjälp av simuleringsmetoder för att på så sätt kontinuerligt träna inom områden där patientvolymerna ofta är små och t.o.m. sällsynta.

Som vi tidigare skrivit (se kapitel 9) är simulering en metod för att träna upplevelser eller situationer som efterliknar verkligheten i en kontrollerad miljö. Ett sätt att kompensera för små patientvolymer är att ge vårdpersonalen tillräckligt med kontinuerlig praktisk träning utan att utsätta patienterna för onödiga risker. Det är en bra metod

[4] Samarbetsavtal avseende Skandionkliniken.
[5] Läkartidningen. 2014; 111:C3XT, Telemedicin leder till ökad patientnytta.
[6] SOU 2015:32, Nästa fas i e-hälsoarbetet.

att träna såväl nyblivna läkare som erfarna specialister samt hela vårdteam.

På majoriteten av sjukhus i Sverige finns utbildnings- och träningscentrum där man arbetar med medicinsk simulering och praktisk utbildning för såväl personal som vårdteam. Organsation och omfattningen vid dessa centrum är varierande utifrån både ägarskap, finansiering, träningsområden och antalet medarbetare som deltar. Centrumen utnyttjas i relativt hög grad, men det finns möjlighet att utnyttja dess kapacitet ytterligare.[7]

## 16.6 Uppmuntra och underlätta sjukhusprofilering

Genom att profilera vissa sjukhus i en sjukvårdsregion kan man på ett medvetet sätt öka patientvolymerna på dessa sjukhus. I flera landsting i landet har man valt att omvandla mindre lokala sjukhus till specialistsjukhus med ett mer eller mindre begränsat uppdrag. Flera av dem utför bara planerad öppen- och slutenvård inom olika specialiteter. I region Skåne har man t.ex. skapat ett ortopediskt centrum på Hässleholms sjukhus där man främst utför höft- och knäartrosplastikoperationer. Motsvarande exempel finns även i många andra landsting, exempelvis Lycksele lasarett i Västerbottens läns landsting som har det landstingsövergripande uppdraget att bedriva bl.a. fetmakirurgi.

Volym på det man gör är viktigt för att upprätthålla hög kvalitet. Sjukhus med mindre än 200 vårdplatser har nackdelar ur effektivitetssynpunkt enligt det underlag som utredningen beställt från Medical Management Centrum.[8] Det innebär dock inte att all vård ska koncentreras till de största universitetssjukhusen. Det finns enligt samma underlag studier som pekar på att stora akutsjukhus med fler än 400–600 vårdplatser har stordriftsnackdelar när det gäller effektivitet. Skälen till det kan vara hög personalrörlighet, höga kostnader och svårigheter att leda jättestora organisationer med många olika uppgifter. Mindre, mer fokuserade verksamheter som uppnår höga volymer kan ibland vara en bättre lösning.

[7] Masiello I, Mattsson A. Simulering och klinisk träning. Stockholm: 2015.
[8] Karolinska Institutet. Medical Management Centrum. Bör liten bli stor? Sjukhusstorlekens betydelse för vårdens resultat och kostnadseffektivitet. En sammanställning och analys av vetenskaplig evidens. Stockholm: 2015.

Oskarshamns sjukhus har blivit uppmärksammat som ett välfungerande mindre sjukhus i Sverige. På ortopedkliniken i Oskarshamn uppnår man högre volymer genom att fokusera på höft- och knäledsoperationer. Ortopederna har även specialiserat sig så att några gör höft- och andra gör knäledsoperationer. Verksamhetschefen anser att standardiseringen och koncentrationen skapar trygghet hos alla personalkategorier.[9] En operationsassistent som utför många operationer av samma typ blir både tryggare och säkrare i sitt hantverk och operationstiderna förkortas. En erfaren undersköterska på vårdavdelningen skapar trygghet och avlastar övrig vårdpersonal genom att kunna svara på många frågor från patienterna. Tryggheten att veta vad man gör ger fördelar även på uppvakningsavdelningen och för fysioterapeuten. Slutresultatet blir nöjdare patienter enligt verksamhetschefen.

Verksamheten vid Martinikliniken i Hamburg som utredningen tidigare refererat till visar också att fokusering på en sjukdomsgrupp kan ge bättre resultat.[10]

Vi bedömer det som angeläget att alla sjukhus ser över sin verksamhet, vilka volymer olika verksamheter har och vilka förutsättningar man har att bedriva en högkvalitativ verksamhet.

[9] Personlig kommentar från verksamhetschef Dan Eriksson, Oskarshamns sjukhus.
[10] Porter M, Deerberg-Wittram J, Marks C. Martini Klinik: Prostate cancer care. Case study. Harvard Business School, June 4, 2014.

# 17 Konsekvenser av förslagen

## 17.1 Inledning

Enligt 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) ska en utredning redovisa vilka konsekvenser som utredningens förslag får för kostnader och intäkter för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda. Om förslagen leder till kostnadsökningar eller intäktsminskningar för staten, kommuner eller landsting, ska en finansiering föreslås. Om förslagen innebär samhällsekonomiska konsekvenser i övrigt ska dessa redovisas.

Om förslagen har betydelse för den kommunala självstyrelsen, brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen, ska detta också redovisas.

Utöver det som anges i kommittéförordningen, har utredningen även valt att särskilt belysa konsekvenserna för patienterna, akutuppdraget och för forskning, utbildning och kompetensutveckling.

## 17.2 Kommunala självstyret

**Utredningens bedömning:** Förslagen om ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården medför en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Inskränkningen i den kommunala självstyrelsen är marginellt större än i nuvarande reglering och är proportionerlig med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den. Det innebär att det vid förslag till inskränkningar i den kommunala självstyrelsen ska göras en proportionalitetsbedömning. Statskontoret har på regeringens uppdrag tagit fram ett underlag för hur sådana proportionalitetsbedömningar kan göras.[1]

### Påverkan på det kommunala självstyret

Vi bedömer att förslagen om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården medför ett marginellt ingripande i den kommunala självstyrelsen. Enligt 9 a och 9 b §§ i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) beslutar Socialstyrelsen redan i dag vilken vård som ska vara rikssjukvård. Besluten fattas i Rikssjukvårdsnämnden som är ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. I nämnden finns bl.a. samtliga sjukvårdsregioner representerade. Landstingen har ansvaret för att bedriva rikssjukvården och det är frivilligt att ansöka om tillstånd för att få bedriva sådan högspecialiserad vård. Alla sökande får dock inte bedriva den hälso- och sjukvård som bedöms vara av rikskaraktär, utan som mest ges två vårdgivare tillstånd att bedriva vården.

Våra förslag innebär att dagens system för rikssjukvård ersätts av en process som omfattar all högspecialiserad vård i enlighet med den definition vi föreslår. Socialstyrelsen ansvarar tillsammans med sakkunniggrupper för inventeringen av vilken hälso- och sjukvård som bör betraktas som nationell respektive regional högspecialiserad vård. Socialstyrelsen fattar därefter beslut om vilken hälso- och sjukvård som är av nationell karaktär och behöver koncentreras till ett begränsat antal enheter i landet. Var den nationella högspecialiserade vården ska bedrivas beslutas dock av ett särskilt beslutsorgan, Nämnden för nationell högspecialiserad vård som inrättas vid Socialstyrelsen, och som precis som dagens Rikssjukvårdsnämnd består av representanter från landstingen. Hur den regionala högspecialiserade vården ska nivåstruktureras, överlåts till sjukvårds-

[1] Statskontoret 2011:17. Kommunalt självstyre och proportionalitet.

huvudmännen att avgöra med hjälp av rekommendationer från Socialstyrelsen.

Vi föreslår ingen förändring i ansvarsfördelningen avseende organiseringen och finansieringen av hälso- och sjukvården. Precis som dagens rikssjukvårdssystem är det enligt den nya beslutsmodellen frivilligt att ansöka om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård, men alla sökanden kan inte förväntas få tillstånd att bedriva den specifika vården.

Våra förslag påverkar således uppgiftsfördelningen mellan staten och landstingen genom att Socialstyrelsen föreslås fatta beslut om vilken nationell högspecialiserad vård som bara får bedrivas i en begränsad omfattning. Vår grova uppskattning är att den nationella högspecialiserade vården dock bara omfattar 4–5 procent av den totala sjukhusvården. Vi bedömer därför att skillnaden i påverkan på det kommunala självstyret är mycket marginell i förhållande till den lagstiftning som redan finns i dag avseende rikssjukvården.

## Syftet med förslagen

Utredningens uppdrag är att se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration. De nationella värden som eftersträvas genom en ökad koncentration är att patienterna får en mer jämlik tillgång till högspecialiserad vård av god kvalitet, får en bättre livskvalitet och lever längre samt att även hälso- och sjukvårdens resurser används mer effektivt. Förslagen syftar till att åstadkomma denna förändring.

## Proportionerligt i förhållande till syftet

Redan i dag finns bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen om att Socialstyrelsen beslutar om vad som ska utgöra rikssjukvård och var den ska bedrivas. Dessa beslut ligger därmed inte på landstingsnivå utan på myndighetsnivå. Vid införandet av dessa bestämmelser gjorde dock regeringen bedömningen att de inskränkningar i den kommunala självstyrelsen som dessa regler innebär var godtagbara.[2]

[2] Regeringens proposition (2005/06:73), Nationell samordning av rikssjukvården.

Den högspecialiserade vården utgör en begränsad del av hälso- och sjukvården, men är ändå central. Den nära kopplingen till forskning och utveckling gör den till en av de verksamheter som stöder och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. Karaktären på den högspecialiserade vården kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar och gör att den behöver koncentreras till ett begränsat antal enheter. Redan i dag har inte alla landsting förutsättningar att bedriva högspecialiserad vård, utan viss vård bedrivs bara på regionsjukhusen och rikssjukvården bedrivs bara på ett fåtal riksenheter i landet. De landsting som inte själva bedriver högspecialiserad vård är därför beroende av andra landsting för att kunna leva upp till ansvaret för att tillgodose befolkningens behov av hälso- och sjukvård. De har därmed i praktiken redan i dag ett begränsat inflytande över hur och var den högspecialiserade vården bedrivs. Motivet för denna arbetsfördelning är samma som syftet med våra förslag.

Utgångspunkten för svensk hälso- och sjukvård är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Att fördela vårdinsatser optimalt är en grundläggande organisatorisk princip i svensk hälso- och sjukvård. Såväl systematiska översikter av den vetenskapliga litteraturen som egna analyser på svenska data har visat att sjukhus och behandlare som gör många åtgärder uppvisar bättre utfall för patienterna genom lägre dödlighet och färre komplikationer än de som gör färre åtgärder. Resultaten pekar på att hundratals patienter i Sverige dör årligen på grund av att sjukhuset eller behandlaren inte får förutsättningar att praktisera tillräckligt. Att uppnå den volym och kompetens som behövs för att kunna tillhandahålla en god och effektiv högspecialiserad vård kommer inte vara möjligt för alla landsting framöver. Det är därför prioriterat att den högspecialiserade vården koncentreras i högre grad än vad som sker i dag i syfte att nå förbättrade vårdresultat. Vi har konstaterat att dagens nationella styrsystem för rikssjukvården inte är ändamålsenliga och tillräckliga för denna uppgift, varför vi föreslår en ny reglering.

Som ett alternativ till vårt huvudförslag, skulle vi kunnat föreslå en regional struktur där landstingen ansvarar för beslut om vilken specialiserad hälso- och sjukvård som ska koncentreras och var den ska bedrivas. Detta alternativ har dock avfärdats av flera landstingsföreträdare, professioner och patienter under utredningens gång. Den dialog utredningen har haft med bl.a.landstingsledningarna har

visat att många ser en starkare nationell samordning av hälso- och sjukvården som enda sättet att öka koncentrationen av den högspecialiserade vården. Utredningens analys av förändringar i koncentration mellan år 2000 och 2013 visar att det knappast skett någon koncentration alls av den operativa verksamheten eller att den varit av marginell betydelse. Landstingen har inte kunnat visa att de på egen hand förmår koncentrera den högspecialiserade vården i den utsträckning som skulle behövas för att kunna erbjuda en god och säker vård till alla patienter oberoende av bostadsort.

Landstingens rätt att själva besluta om vilken högspecialiserad vård som ska bedrivas och var den ska bedrivas måste ställas mot det nationella intresset av att uppnå de av regeringen uppsatta målen i vårt uppdrag, dvs. förbättrade vårdresultat och en mer jämlik vård samt ett mer effektivt utnyttjande av vårdens resurser.

Skillnaden mellan vårt förslag om en ny kunskaps- och beslutsprocess som samordnas och styrs av Socialstyrelsen och dagens system med Rikssjukvård är främst att myndigheten ansvarar för beslutet om vilken specialiserad vård som är av högspecialiserad karaktär. Vi bedömer dock att denna fråga främst är av medicinsk och organisatorisk karaktär och därmed bör kunna beslutas utifrån faktaunderlag från sakkunniggrupperna kompletterat med yttranden från bl.a. sjukvårdshuvudmännen och berörda myndigheter. Såväl stat som landsting vinner på ett väl underbyggt underlag innan beslut tas. Att myndigheten fattar besluten självständigt bör kunna minimera riskerna för intressekonflikter i detta första beslutsled och därmed öka effektiviteten i beslutsprocessen.

I nästa steg av beslutsprocessen deltar landstingen mer aktivt. Utredningen föreslår en ny nämnd, Nämnden för nationell högspecialiserad vård. Nämnden består av representanter från landstingen och ansvarar för besluten om var den nationella högspecialiserade vården ska bedrivas. Landstingen inom respektive sjukvårdsregion ansvarar för den regionala nivåstruktureringen utifrån de rekommendationer som Socialstyrelsen utfärdar.

Vid en avvägning mellan de nationella värdena om att patienterna ska få en mer jämlik tillgång till högspecialiserad vård av god kvalitet, en bättre hälsa och ett effektivare resursutnyttjande och landstingens intresse av att den kommunala självstyrelsen inte inskränks, står det tydligt för utredningen att de nationella värdena avseende en god och jämlik vård väger över. Hälso- och sjukvård är till för

patienterna och de vinner på de föreslagna förändringarna. Den föreslagna beslutsprocessen bedöms därför godtagbar även vid beaktande av proportionalitetsprincipen i 14 kap. 3 § regeringsformen.

## 17.3 Ekonomiska konsekvenser

**Utredningens bedömning**: Utredningens förslag innebär sannolikt tydliga samhällsekonomiska vinster.

Förslagen medför inga nämnvärda kostnadsökningar för landstingen. På längre sikt kan förslagen sannolikt leda till effektiviseringar och minskade kostnader.

Utredningens förslag medför ökade kostnader för staten genom Socialstyrelsens ansvar för den nya beslutsprocessen för högspecialiserad vård.

### Samhällsekonomiska konsekvenser

De samhällsekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag om en ny beslutsprocess för att koncentrera den högspecialiserade vården är sannolikt tydliga och positiva. Trafikverket gör samhällsekonomiska analyser som underlag för sina åtgärdsförslag.[3] De försöker uppskatta värdet av ett människoliv. Idén är att försöka få med alla samhällsekonomiska konsekvenser. Det finns en hel del forskning om värdering av ett statistiskt liv.[4] Tidigare använda metoder som humankapitalmetoden gick ut på att beräkna nuvärdet av en individs förväntade livsinkomst, men används sällan numera. Andra bygger på människors vilja att betala för att slippa att något inträffar. Resultaten kan variera och alla metoder har sina osäkerhetsfaktorer. Enligt Trafikverkets bedömning är ett människoliv värt 22 328 000 kr.

I hälsoekonomiska analyser brukar man i stället sätta kostnaden i relation till effekten av olika åtgärder. Effekten brukar mätas i form av kvalitetsjusterade vunna levnadsår, vilket innebär att man försöker få ett samlat mått på förlängd överlevnad och förändringar

[3] Trafikverket. Introduktion till samhällsekonomisk analys. Publikation 2012:220. Borlänge: 2014.
[4] Hultkrantz L, Svensson M. Värdet av liv.

i livskvalitet. Statliga myndigheter brukar anse att en kostnad på mellan 500 000 kr och en miljon per kvalitetsjusterat vunnet levnadsår är sådant som hälso- och sjukvården kan vara beredd att satsa på. Värdet beror då på hur många år av livet man räddar.

Utifrån Trafikverkets beräkningar och utredningens egna beräkningar om att en koncentration av högspecialiserad vård skulle kunna rädda åtminstone 500 liv per år, skulle de samhällsekonomiska vinsterna ligga i storleksordningen 11,1 miljarder kronor. Trafikolycksfallen drabbar dock fler yngre än de som behandlas i sjukvården, vilket pekar på en överskattning av de samhällsekonomiska vinsterna. Å andra sidan är inte kostnaderna för fler komplikationer och onödiga vårddagar medräknade i analysen.

Använder man en hälsoekonomisk ansats och en mycket försiktig skattning och antar att de 500 patienter som räddas, lever i genomsnitt två år, blir de samhällsekonomiska vinsterna i storleksordningen 500–1 000 miljoner kr per år. Inte heller det en oansenlig samhällsekonomisk vinst.

## Ekonomiska konsekvenser för landstingen

De ekonomiska konsekvenserna för sjukvårdshuvudmännen bedömer vi är marginella på kort sikt och i ett längre perspektiv positiva. Vi gör bedömningen att den så kallade finansieringsprincipen inte är tillämplig på utredningens förslag till ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Förslaget innebär i sak inte några nya åtaganden för sjukvårdshuvudmännen. I stället föreslår vi att ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen i form av en nämnd med politiska representanter från landstingen ska ansvara för besluten om vilka vårdgivare som ska få bedriva den nationella högspecialiserade vården. Ansvaret för nivåstruktureringen av den regionala högspecialiserade vården är oförändrat och vilar på varje enskilt landsting.

Precis som dagens rikssjukvårdssystem är det enligt den nya beslutsmodellen frivilligt att ansöka om tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård, men alla sökanden kan inte förväntas få tillstånd att bedriva den specifika vården.

Förslagen kommer att medföra vissa organisatoriska förändringar av hälso- och sjukvården i de flesta landsting. De landsting som

i dag bedriver sådan högspecialiserad vård som kommer att betraktas som nationell högspecialiserad vård, kommer antingen få tillstånd att bedriva sådan vård även framöver och behöver då möjligen utöka verksamheten jämfört med i dag. Eller också ska landstinget upphöra med just den delen av verksamheten och får då lägga de resurserna på att bl.a. köpa denna hälso- och sjukvård från någon av de vårdgivare som har tillstånd. I samband med avveckling av sådan verksamhet kan det uppkomma vissa avvecklingskostnader.

Den nationella samordningen av den högspecialiserade vården bedömer vi kan öka den ekonomiska förutsägbarheten för de vårdgivare som kommer bedriva nationell högspecialiserad vård. Risken för överetablering och tomma vårdplatser minskar, vilket ger sjukvårdshuvudmännen bättre förutsättningar att bedöma framtida patientunderlag inför investeringar i verksamheten.

Sammanfattningsvis leder våra förslag till att vissa huvudmän får ett utökat ansvar för viss nationell högspecialiserad vård och andra huvudmän kommer inte alls bedriva just den vården. Vi föreslår att sakkunniggrupper inledningsvis ska inventera all specialiserad hälso- och sjukvård för att avgöra vilken vård som är högspecialiserad och behöver koncentreras. Detta kommer med stor sannolikhet att resultera i att den nya nämndens beslut om tillstånd att bedriva viss nationell högspecialiserad vård kommer omfatta en stor variation av åtgärder. Vi gör därför bedömningen att flertalet huvudmän både ”förlorar” och ”vinner” tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och att det därför blir ett ”nollsummespel” mellan köpar- och säljarlandstingen. En konsekvens av en ökad koncentration är emellertid att fler landsting kommer behöva köpa viss högspecialiserad vård och förlorar därmed en del av kostnadskontrollen. Precis som vi pekat på tidigare i betänkandet är det därför angeläget att nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården följs av en nationell samordning av priserna för den högspecialiserade vården. Transparens och samsyn är viktigt för att undvika monopolställning för de nationella enheter som bedriver högspecialiserad vård.

Inledningsvis kan processen med att experter deltar i sakkunniggrupper och landstingen ansöker om att bedriva viss högspecialiserad vård komma att belasta huvudmännen administrativt. Detta är dock övergående under en begränsad period då inventering och utredning samt beslut fattas om vad som är nationell högspecialiserad vård och var den ska bedrivas i landet. Socialstyrelsen föreslås

ersätta de sakkunniga för förlorad arbetsinkomst, resor och dylikt. Kostnader kan dock uppstå för landstingen när experter deltar i sakkunniggruppernas arbete och eventuellt behöver ersättas på hemmakliniken. Experter används även inom andra processer såsom nationella riktlinjer. Det är därför angeläget att gruppernas arbeten koordineras och att en prioritering görs. Sverige är ett litet land och det finns bara ett begränsat antal experter som också behövs i det kliniska arbetet.

Vi föreslår även att tillstånden inte ska vara tidsbestämda och utvärderas vart femte år som det görs inom rikssjukvården. Detta borde minska den administrativa belastningen för ansvariga huvudmän i förhållande till dagens system med rikssjukvård där tillstånd måste sökas vart femte år.

Våra statistiska beräkningar visar att i förlängningen leder en ökad koncentration av den högspecialiserade vården till att patienterna lever längre, får färre komplikationer och bättre livskvalitet. Vår analys visar troligen bara toppen av ett isberg. De besparingar som görs om man undviker komplikationer och onödigt långa vårdtider kommer vida att överstiga temporära kostnader för landstingen.

## Ekonomiska konsekvenser för staten

*Socialstyrelsen*

Våra förslag om en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården medför något ökade kostnader för staten genom Socialstyrelsens ansvar för den nya processen. Vi föreslår att Socialstyrelsen blir ansvarig för hela processen från tillsättandet av sakkunniggrupper till uppföljning av den koncentrerade vården.

Socialstyrelsen fick vid införandet av rikssjukvården de två inledande åren 7,5 respektive 10 miljoner kronor för verksamheten. Årsbudgeten för rikssjukvårdsverksamheten vid Socialstyrelsen har dock varierat under åren beroende på omfattningen i verksamheten.

Våra förslag om en ny process för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården innebär en kraftig ambitionshöjning vad gäller både hastighet och omfattning, jämfört med rikssjukvården och den nationella nivåstruktureringen av cancer. Socialstyrelsens förmåga att ta fram en effektiv arbetsprocess och styra arbetet blir avgörande för resultatet. Sakkunniggrupperna med professions- och patient-

företrädare får också en nyckelroll i arbetet eftersom den inledande inventeringen och besluten om vad som är högspecialiserad vård blir viktig för det fortsatta arbetet.

Vi ser det därför som angeläget att förändringsprocessen påbörjas så snart som möjligt efter att våra förslag har remitterats, där Socialstyrelsen bör få i uppdrag av regeringen att ta fram en ny arbetsprocess för styrningen av den högspecialiserade vården och testa den i en pilot samt påbörja utfasningen av befintliga processer för rikssjukvården. Genom en utfasning av rikssjukvården kan dessa resurser överföras till myndighetens nya uppdrag om den högspecialiserade vården. I dagsläget ligger budgeten för rikssjukvården på cirka 10–12 miljoner kronor per år. Vi bedömer att denna inledande fas skulle behöva pågå under cirka 1,5 års tid och rymmas inom befintlig budget för rikssjukvården.

Med ny lagstiftning på plats senast den 1 januari 2018 kan Socialstyrelsen gå från pilot till fullskalig verksamhet. Vi föreslår en gradvis uppskalning med tillsättandet av cirka hälften av sakkunniggrupperna första året och resten av grupperna året därpå. Anledningen till detta är att i möjligaste mån försöka minimera belastningen på både landets experter och patientföreträdare samt på Socialstyrelsen. I detta skede behöver även antalet utredare på Socialstyrelsen förstärkas. Den medicinska kompetensen bland utredarna bedömer vi som särskilt viktig för att myndigheten ska kunna samordna och driva processen på ett självständigt sätt. Det är svårt att bedöma exakt hur många utredare myndigheten behöver vid given tidpunkt, varför det inte heller går att sätta en exakt prislapp på den nya arbetsprocessen.

Men som ett exempel och referens till dagens kostnader för rikssjukvården bedömer vi att Socialstyrelsen borde komma långt med cirka 12–15 utredare. Inklusive kostnader för cirka 10 sakkunniggrupper i taget, uppgår detta till omkring 15–20 miljoner kronor årligen beroende på antalet sakkunniggrupper och antalet sakkunniga i respektive grupp. Det ska här tilläggas att sakkunniggrupperna ska arbeta under en mycket begränsad tid. När väl Socialstyrelsen har fattat beslut om vilken hälso- och sjukvård som ska koncentreras och Nämnden för nationell högspecialiserad vård har fattat beslut om vilka vårdgivare som ska få bedriva nationell högspecialiserad vård, går myndigheten in i en mer förvaltande fas där uppföljning och dialog är central.

Satt i relation till dagens rikssjukvård med en årlig budget på cirka 10–12 miljoner kronor då det producerats som flest utredningar och underlag till Rikssjukvårdsnämnden, förväntas våra förslag leda till en dramatisk produktivitetsökning till en begränsad kostnadsökning för staten.

Arbetet med kunskapsstyrning är en av Socialstyrelsens kärnuppgifter. Nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården bör ses som en central del i detta arbete. För att säkerställa att den nya beslutsprocessen får tillräckliga resurser och full effekt, kan det under några år finnas anledning att se över prioriteringen mellan myndighetens olika uppdrag och insatser inom kunskapsstyrningen.

Även om det finns resurser att omfördela till arbetet från dagens rikssjukvård och övrig kunskapsstyrning på myndigheten, bedömer vi att det även kommer behövas nya resurser till Socialstyrelsen. Särskilt då myndigheten befinner sig i ett pressat ekonomiskt läge med stora sparkrav.

### *Inspektionen för vård och omsorg*

För Inspektionen för vård och omsorg (IVO) bedömer vi att våra förslag inte kommer medföra några ökade kostnader. Följsamheten har varit god inom dagens rikssjukvård, varför vi inte förslår några särskilda sanktionsmöjligheter för IVO. Myndigheten kan därför enbart påtala eventuellt dålig följsamhet till regelverket, vilket vi inte bedömer kräver några extra resurser.

### *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*

Vårt förslag om att Myndigheten för vård- och omsorgsanalys bör få i uppdrag att noga följa reformens genomförande ur ett patient- och samhällsperspektiv innebär ökade kostnader för myndigheten. Ett sådant uppdrag bedömer utredningen kan medföra kostnader på 1–2 miljoner kronor per år under en begränsad tidsperiod.

## 17.4 Konsekvenser för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet

**Utredningens bedömning:** Förslagen om ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården kan få regionalpolitiska konsekvenser.

En ökad koncentration innebär att den högspecialiserade vården kommer bedrivas på ett färre antal vårdenheter än i dagsläget. Vi bedömer därför att våra förslag om en ny beslutsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården kan få konsekvenser för både sysselsättingen och offentlig service i olika delar av landet. Detta påverkar både patienterna som bor i närområdet och personalen på det lokala sjukhuset.

Tillgången till den högspecialiserade vården lokalt begränsas något vid en koncentration av den högspecialiserade vården, dock inte tillgången totalt i landet. Detta kan medföra att patienterna måste resa inom eller utanför sitt hemlandsting för att få tillgång till exempelvis viss diagnostik eller behandling. Övrig vård som exempelvis rehabilitering och annan eftervård och omvårdnad ska kunna utföras lokalt så nära hemmet som möjligt, om den inte är av mycket specialiserad karaktär. Med hjälp av telemedicinska verktyg kan både diagnostik och behandling genomföras i realtid under ledning av eller bistånd från specialister utan att patienten behöver resa till kliniken där specialisterna har sin tjänst.

För hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer vi att effekten av koncentrationen av den högspecialiserade vården blir en ökad rörlighet mellan sjukhusen. De mindre sjukhusen kommer ännu mer behöva fokusera på att säkerställa remitteringskompetensen och möjligheten att tillhandahålla rehabilitering och annan eftervård. Även om vissa högspecialiserade åtgärder inte erbjuds och utförs lokalt, behöver patienterna kunna identifieras och remitteras till någon av de regionala eller nationella specialistenheterna, men sedan kunna ges eftervård och omvårdnad lokalt nära hemmet när patienten är åter. Utöver en ökad rörlighet på arbetsmarknaden för hälso- och sjukvårdspersonal, är det dock svårt för utredningen att uttala sig om en ökad koncentration påverkar antalet tjänster på sjukhusen runt om i landet.

Sammanfattningsvis gör vi dock bedömningen att hälso- och sjukvårdens främsta uppgift är att ge hälso- och sjukvård till patienterna, inte att skapa arbetstillfällen på bekostnad av vårdens kvalitet. Utredningen har patienterna i fokus och därmed en god hälso- och sjukvård som främsta prioritet.

## 17.5 Konsekvenser för patienterna

**Utredningens bedömning:** Utredningens förslag får positiva konsekvenser för patienternas hälsa och livskvalitet.

Precis som vi redogör för inledningsvis i betänkandet, har patienternas hälsa och livskvalitet varit vår drivkraft och utgångspunkt för vårt utredningsarbete och våra förslag. Svensk hälso- och sjukvård håller mycket hög kvalitet i internationella jämförelser. Det finns dock stora kvalitets- och resultatskillnader inom de flesta sjukdomsområden, vilket i slutänden drabbar patienterna med ökad risk för komplikationer och onödigt lidande och i värsta fall en förtidig bortgång. Hälso- och sjuvården är till för patienterna och det är viktigt att ha med sig i diskussionen om nivåstrukturering.

Vi anser att ett tungt vägande skäl för att genomföra våra förslag är sambandet mellan sjukhusvolym och dödlighet och komplikationer i såväl den vetenskapliga litteraturen som i våra egna analyser. Som vi tidigare redovisat skulle åtminstone 500 dödsfall inom 30 dagar efter operation kunna undvikas årligen om svenska sjukhus skulle göra minst 100 åtgärder av en viss typ per år. Dessa beräkningar är sannolikt en kraftig underskattning av vinsterna för patienterna eftersom riskerna för komplikationer inte är medräknande, liksom att riskerna för patienterna att avlida även efter 30 dagar är större om vården inte koncentreras.

Vi bejakar patienternas behov av närhet och tillgänglighet för att hantera sin sjukdom eller skada i det tidiga skedet, bl.a. vad gäller diagnostisering och eventuell remittering till en nationell enhet för vidare behandling. Men också senare vid uppföljning, rehabilitering och omvårdnad. Vården får inte bli ”ansiktslös” för de patienter som behöver insatser från flera olika vårdgivare, bl.a. högspecialiserad vård. Helhetsansvaret inom svensk hälso- och sjukvård är en bristvara. Vi anser dock inte att det finns ett motsatsförhållande mellan

att nivåstrukturera den högspecialiserade vården med fler nationella och regionala enheter och att samordna vårdkedjan där så mycket som möjligt av vården ges lokalt nära hemmet. Nivåstruktureringen i sig behöver alltså inte innebära sämre kontinuitet, snarare tvärt om.

Den genomlysning av samtliga sjukdomsgrupper som vi föreslår att patient- och professionsföreträdare ska göra inledningsvis, skapar förutsättningar för ett helhetsperspektiv med just patienten i centrum. En viktig del i sakkunniggruppernas arbete är att beskriva en optimal handläggningsgång från diagnostik och behandling till uppföljning, rehabilitering och omvårdnad. Processbeskrivningen skapar förutsättningar för att identifiera var i processen de högspecialiserade momenten finns och underlagen kan användas i ett senare skede för att bl.a. ta fram vårdprogram och standardiserade vårdförlopp.

Ett tungt vägande skäl för vårt uppdrag är att öka jämlikheten i befolkningens tillgång till en högspecialiserad vård av hög kvalitet. Tillgången till den högspecialiserade vården ska vara densamma, oberoende om patienten bor nära eller långt ifrån den nationella specialistenheten och har goda eller inga förkunskaper om var den bästa vården utförs i landet. Nationella väntelistor, likvärdig hantering av resekostnader för patienter och deras anhöriga, patienthotell och nationella prisöverenskommelser samt öppen redovisning av information om var vården bedrivs, information om patientvolymer och kvalitetsmått och uppföljning av remissflöden är verktyg som vi bedömer kan motverka en ojämlik tillgång till den högspecialiserade vården och stärka både patienter och anhöriga genom bättre insyn och nationell samordning.

## 17.6 Konsekvenser för akutsjukvården

**Utredningens bedömning:** En ökad koncentration av den regionala högspecialiserade vården kan få konsekvenser för akutsjukvården.

En ökad koncentration av den regionala högspecialiserade vården får sannolikt i vissa fall konsekvenser för akutuppdraget. När enskilda sjukhus som en konsekvens av nivåstruktureringen av främst den regionala högspecialiserade vården inte längre utför vissa behand-

lingar, förlorar sjukhuset denna kompetens. Beroende på i vilken omfattning det lokala sjukhusets vårdutbud ändras, påverkas också dess förmåga att behandla de akuta patienter som kommer till dess akutmottagning.

Vi anser att det är viktigt att den högspecialiserade vården organiseras så att även akutuppdraget klaras av. Internationella studier visar även att det finns ett positivt samband mellan höga patientvolymer och antalet patienter som överlever ett akut omhändertagande och behandling. Detta stödjer tesen att ett tillräckligt patientunderlag är av vikt även för akutsjukvården.

Om ingen hänsyn tas till akutuppdraget vid nivåstruktureringen av den högspecialiserade vården, blir det svårt att säkra akutuppdraget och detta blir i sig ett hinder för en ökad koncentration av den regionala högspecialiserade vården. Vi gör därför bedömningen at akutuppdraget måste inkluderas i arbetet med att nivåstrukturera den högspecialiserade vården. Sakkunniggrupperna ska i sin inledande inventering av den högspecialiserade vården beskriva vilka konsekvenser koncentrationen av en viss vård får för akutuppdraget. Som vi föreslår i kapitel 15, bör även en särskild utredning om akutsjukvården och dess behov av strukturförändringar tillsättas skyndsamt. Om inget görs riskerar nödvändiga strukturförändringar av både den planerade högspecialiserade vården och akutsjukvården att fördröjas, vilket främst drabbar patienternas hälsa men även samhällsekonomin i stort.

Det är dock viktigt att poängtera att en koncentration av vården kan ske på olika sätt. Ett sätt är att mindre sjukhus begränsar sitt uppdrag, men att de i stället får större ansvar för att bedriva viss vård med högre volymer och bättre kvalitet som följd.

## 17.7 Konsekvenser för forskning, utbildning och kompetensutveckling

**Utredningens bedömning:** Förslagen medför i huvudsak positiva konsekvenser för forskning, utbildning och kompetensutveckling.

Vår bedömning är att såväl forskning som utbildning och kompetensutveckling gynnas av att patientvolymerna för högspecialiserad vård ökar genom koncentration. Det blir t.ex. lättare att hitta patienter till forskningsstudier och utbildning gynnas av att volymerna ökar, dvs. träning ger färdighet. När det gäller utbildning kan dock koncentrationen av hälso- och sjukvården bl.a. komma att påverka den enskilde specialistläkarens utbildning, då denna kan behöva flytta på sig för att uppnå de mål som krävs för att få specialistkompetens.

Det är och kommer vara en särskild utmaning att rekrytera, behålla och utbilda personal inom den högspecialiserade vården. Dels utifrån att den på sikt kommer att bli allt mer specialiserad och tillhandahållas på ett begränsat antal platser i landet och dels därför att antalet individer med nödvändig kompetens kommer att vara begränsad. Det är därför viktigt att den högspecialiserade vården ligger nära kopplad till annan specialiserad verksamhet inom samma sjukdomsområde så att det kan ske ett visst personalutbyte.

Avgörande för att en ökad koncentration av den högspecialiserade vården ska fungera är att säkerställa den regionala kompetensförsörjningen så som remitteringskompetensen samt möjligheten att tillhandahålla rehabilitering och omvårdnad på läns- och länsdelssjukhusen. Även om viss högspecialiserad vård inte erbjuds lokalt, behöver patienterna kunna identifieras och remitteras till någon av de regionala eller nationella enheterna för vård och behandling, men sedan kunna ges eftervård/omvårdnad lokalt nära hemmet.

Mot bakgrund av att nivåstrukturering och koncentration kommer påverka förutsättningarna att bedriva forskning, utbildning och kompetensutveckling, anser utredningen att alla beslut om koncentration även bör inkludera konsekvensbeskrivningar och åtgärdsplaner för att en aktiv forskning och goda utbildningsförutsättningar skapas.

## 17.8 Jämställdhet mellan kvinnor och män och effekterna för små företag

**Utredningens bedömning:** Förslagen medför inga konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män. Förslagen medför likaså inte några nämnvärda konsekvenser för små företag.

Vi gör bedömningen att våra förslag inte får några konsekvenser för jämställdheten mellan kvinnor och män. Våra förslag syftar till att förbättra den högspecialiserade vården för alla patienter, oberoende av kön.

Slutligen bedömer utredningen att förslagen inte heller får några nämnvärda konsekvenser för små företag att verka inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Precis som i dag kommer privata vårdgivare som har avtal med ansvarigt landsting att kunna bedriva högspecialiserad vård.

# 18 Författningskommentar

## 18.1 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

*Högspecialiserad vård*

Rubriken närmast före 9 a § ändras genom att begreppet rikssjukvård ersätts av begreppet högspecialiserad vård.

*9 a §*

*Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås.*

*Högspecialiserad vård indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård.*

*Nationell högspecialiserad vård ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion.*

*Regional högspecialiserad vård ska bedrivas i varje sjukvårdsregion men på ett begränsat antal enheter.*

*Den myndighet som regeringen bestämmer får besluta om vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter sådan vård ska bedrivas.*

Paragrafen behandlas i kapitel 12, 13.1.

Begreppet rikssjukvård tas bort och ersätts av begreppet ”högspecialiserad vård”. Med ”hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting” avses offentligt finansierad sjukvård där landstinget har finansierings- och ledningsansvar, oavsett om landstinget bedriver verksam-

heten i egen regi eller genom en privat utförare. Det innebär inte någon förändring mot nuvarande regelverk.

Högspecialiserad vård kan bedrivas av ett eller flera landsting. I 9 § hälso- och sjukvårdslagen finns bestämmelser om att landsting ska samverka i regioner avseende den hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Regeringen har i förordning (1982:777) om rikets indelning i regioner för hälso- och sjukvård som berör flera landstingskommuner angivit vilka landsting som ingår i respektive sjukvårdsregion.

Gemensamt för den högspecialiserade vården är att den avser komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som behöver koncentreras. Genom en koncentration ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen inom området samtidigt som ett mer effektivt utnyttande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås.

Kriterierna volym och multidisciplinär kompetens bör alltid vara uppfyllda för att vården ska betraktas som högspecialiserad. Därutöver kan det i vissa fall vara så att vården kräver stora investeringar eller medför höga kostnader och i dessa fall kan det vara ytterligare ett skäl som gör att vården bör koncentreras och betraktas som högspecialiserad vård. Ett riktmärke för volymen bör vara att varje enhet ska göra minst inom intervallet 50–100 åtgärder per år och varje behandlare eller team ska göra minst 30 åtgärder per år för att uppnå acceptabel vårdkvalitet. Beroende på sjukdomens förekomst, befolkningsstruktur etc. kan dessa riktmärken behöva revideras om specifika förutsättningar så kräver.

Med begreppet multidisciplinär kompetens avses vårdpersonal med olika professioner och olika specialistkompetenser inom en specifik profession.

Högspecialiserad vård kan vara av nationell respektive regional karaktär. Nationell högspecialiserad vård är sådan vård som ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion. Regional högspecialiserad vård är vård som ska bedrivas i varje sjukvårdsregion men på ett begränsat antal enheter.

Den myndighet som regeringen bestämmer beslutar, utifrån underlag som tagits fram av sakkunniggrupper, vilken hälso- och sjukvård som ska utgöra nationell högspecialiserad vård. Myndighetens beslut ska också ange på hur många enheter den aktuella vården ska bedrivas. Med begreppet ”enheter” avses vårdenheter eller så kallade

utbudspunkter. Begreppet enheter används även i 9 a § i dess äldre lydelse och ingen ändring av begreppet är avsedd.

Utredningen föreslår en förordning om högspecialiserad vård. I denna anges att det är Socialstyrelsen som fattar beslut som avses i 9 a och 9 b §§ hälso- och sjukvårdslagen. I den föreslagna förordning framgår att myndigheten också ska lämna rekommendationer till landstingen avseende vilken vård som utgör regional högspecialiserad vård och som bör utföras på ett begränsat antal enheter. Rekommendationerna ligger sedan till grund för sjukvårdsregionernas bedömningar av på hur många enheter i respektive sjukvårdsregion som den regionala högspecialiserade vården bör bedrivas.

Det tidigare kravet på att verksamheten ska samordnas till enheter där en ekonomiskt effektiv verksamhet kan säkerställas ersätts av att koncentration ska ske för att ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser ska uppnås. Avsikten med det är att verksamheterna dit vården samordnas bör vara effektiva ur flera avseenden bl.a. genom högre vårdkvalitet, stärkta förutsättningar för forskning och kunskapsutveckling och även mer effektiv användning av både personal, utrustning och lokaler.

*9 b §*

*För att få bedriva nationell högspecialiserad vård krävs det tillstånd. Tillståndet ska vara förenat med villkor.*

*Den myndighet som regeringen bestämmer får, efter ansökan från landsting som avser att bedriva nationell högspecialiserad vård, besluta om tillstånd och villkor.*

*Myndigheten får återkalla ett tillstånd om villkoren för tillståndet inte är uppfyllda eller om förutsättningarna för tillståndet har ändrats. Tillstånd kan också återkallas på begäran av tillståndshavaren.*

*Myndighetens beslut i ärenden om nationell högspecialiserad vård enligt denna lag får inte överklagas.*

*Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare förskrifter om nationell högspecialiserad vård, tillstånd och villkor för att bedriva sådan vård samt om återkallande av sådant tillstånd.*

I paragrafen byts ordet rikssjukvård ut mot begreppet nationell högspecialiserad vård. Paragrafen omfattar inte regional högspecialiserad vård. De underlag som sakkunniggrupperna har tagit fram avseende regional högspecialiserad vård överlämnas i stället från den myndighet som regeringen bestämmer som rekommendationer till landstingen i sjukvårdsregionerna. Landstingen ansvarar sedan för att omsätta dessa rekommendationer till koncentration på regional nivå.

Av *andra stycket* framgår att det är landsting som ska ansöka hos den myndighet regeringen bestämmer (dvs. Socialstyrelsen enligt den föreslagna förordningen, se ovan) om att få bedriva nationell högspecialiserad vård.

Från den tidpunkt när myndigheten har beslutat att en viss kategori av vård ska betraktas som nationell högspecialiserad vård krävs det i teorin tillstånd för att bedriva sådan vård. Eftersom myndigheten vid denna tidpunkt inte har hunnit besluta att ge några landsting tillstånd att bedriva den aktuella vården, finns det därmed inte heller något förbud för landstingen att vid den tidpunkten bedriva sådan vård. Först när myndighetens beslut att ge vissa landsting tillstånd att bedriva viss nationell högspecialiserad vård träder i kraft, inträder ett förbud för andra aktörer att bedriva sådan vård. Den myndighet som regeringen bestämmer ska besluta om nationell högspecialiserad vård ska också följa upp att sådan vård bara utförs av de landsting som har tillstånd att bedriva den. Om det vid sådan uppföljning framkommer att vården utförs även av andra landsting som saknar tillstånd, ska myndigheten omgående kontakta landstinget och påtala detta. Om landstinget, trots påpekande från myndigheten, inte upphör att bedriva nationell högspecialiserad vård utan tillstånd ska myndigheten anmäla det till Inspektionen för vård och omsorg (IVO) som har tillsynsansvar enligt patientsäkerhetslagen (2010:659). Förslaget i denna del behandlas i kapitel 13.4.

Tillstånden föreslås inte längre vara tidsbegränsade. I stället ges den myndighet som regeringen bestämmer möjlighet att återkalla tillstånd. I *tredje stycket* anges under vilka förutsättningar tillstånd kan återkallas. Myndigheten bör regelbundet följa upp att villkoren för meddelade tillstånd uppfylls. Sådana villkor kan vara både generella krav som gäller för alla verksamheter som bedriver nationell högspecialiserad vård och specifika krav som är relaterade till den aktuella sjukdomsgruppen. Om villkoren inte är uppfyllda kan myndigheten återkalla tillståndet. Det kan exempelvis bli aktuellt när

landstinget förlorar personal så att kompetenskravet inte kan upprätthållas eller att landstinget inte kan ta emot de patientvolymer som anges i tillståndet så att patienterna drabbas av mycket långa väntetider.

Myndigheten ska följa utvecklingen inom respektive sjukdomsområde och vid behov utvärdera om det finns skäl att omdefiniera vad som ska anses utgöra nationell högspecialiserad vård. En sådan utvärdering kan få till följd att myndigheten beslutar att återkalla befintliga tillstånd och erbjuda landstingen att ansöka på nytt om tillstånd av ändrad omfattning, vilket också framgår av tredje stycket. Det skulle kunna bli fallet om det utvecklas nya behandlingsmetoder som gör att behandlingen inte längre blir komplicerad eller att utrustning som tidigare krävt stora investeringar sjunker i pris väsentligt. Tillståndshavare kan också själva begära att tillståndet ska upphöra genom att det återkallas. Förslaget i denna del behandlas i kapitel 14.4.

I *fjärde stycket* införs en bestämmelse som anger att myndighetens beslut om nationell högspecialiserad vård inte får överklagas. Motsvarande bestämmelse finns i dag i tredje stycket. Förslaget att besluten, på motsvarande sätt som i dag, inte ska kunna överklagas behandlas i kapitel 14.5.

Vidare tillförs ett nytt *femte stycke* med ett bemyndigande för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela ytterligare föreskrifter om nationell högspecialiserad vård samt om tillstånd och villkor för att bedriva sådan vård eller om återkallande av sådant tillstånd. Bemyndigandet möjliggör för regeringen att bemyndiga aktuell myndighet att meddela ytterligare föreskrifter om nationell högspecialiserad vård. Myndigheten ges därmed utrymme att föreskriva om till exempel hur ansökan om tillstånd ska gå till, generella villkor för tillstånd som exempelvis krav på egenkontroll, årlig rapportering, samt krav på att medverka vid myndighetens fördjupade uppföljningar. Föreskriftsrätt för myndigheten möjliggör att den kan ta fram öppna, tydliga kriterier för ansökningsprocessen och krav på tillståndsinnehavarna som blir förutsebara och bindande för landstingen. Det kan också finnas behov av föreskrifter om uppsägningstid när tillståndshavare på eget initiativ ansöker om att tillståndet ska återkallas. Förslaget i denna del behandlas i kapitel 14.1.

### Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2018.
2. Tillstånd som har beslutats enligt 9 b § i den äldre lydelsen ska, även om tiden för tillståndet gått ut, fortsätta att gälla till dess att beslut enligt 9 b § andra stycket i den nya lydelsen har fattats.

I *första punkten* anges att lagändringarna föreslås träda ikraft den 1 januari 2018. Innan dess bör regeringen ge myndigheten i uppdrag att förbereda verksamheten med högspecialiserad vård så att arbetet kan sätta igång direkt när den nya lagstiftningen träder i kraft. Förslaget behandlas i kapitel 13.5.

I *andra punkten* regleras hanteringen av de tillstånd att bedriva rikssjukvård som gäller vid tidpunkten för ikraftträdandet. Rikssjukvårdsnämndens tillståndsbeslut är tidsbegränsade. Genom denna övergångsbestämmelse anges att de tillstånd att bedriva rikssjukvård som Rikssjukvårdsnämnden beslutat enligt det äldre regelverket ska fortsätta att gälla till dess de ersätts av beslut enligt det nya regelverket. Det gäller oavsett om de tidsbegränsade tillstånden löper ut eller inte innan det fattas beslut enligt det nya regelverket. Förslaget behandlas i kapitel 13.6.

# Kommittédirektiv 2014:56

## Utveckling av den högspecialiserade vården

Beslut vid regeringssammanträde den 10 april 2014

### Sammanfattning

En särskild utredare ska se över hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration i syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att erhålla ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser. Utredaren ska bl.a.

– lämna förslag på vilka kriterier som ska ligga till grund för bedömning för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården,
– analysera och lämna förslag på hur en effektiv modell för bedömning, urval, beslut, genomförande och uppföljning av den högspecialiserade vården skulle kunna se ut.

Uppdraget ska redovisas senast den 25 november 2015.

### Bakgrund

Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Målsättningen är att hälso- och sjukvården fördelas jämlikt och ger patienten ett mervärde i form av ökad hälsa. Att fördela vårdinsatser optimalt är en grundläggande organisatorisk princip i svensk hälso- och sjukvård. Hänsyn ska också tas till effektivitet i användningen av resurser.

Detta kräver en medveten och planerad arbetsfördelning för de olika insatserna i vårdprocessen, mellan olika vårdenheter lokalt, regionalt och nationellt. I vissa fall sker samarbete även ett internationellt plan. Sådan s.k. nivåstrukturering handlar om att se över hela vårdprocessen så att den samlade vården för en patient blir så god som möjligt.

Den demografiska utvecklingen med en allt äldre befolkning innebär betydande utmaningar som ställer krav på långsiktig planering, kreativa lösningar och nya arbetssätt samt krav på optimering av resurser för att säkra en god framtida tillgång till hälso- och sjukvård av hög kvalitet.

Samtidigt sker en intensiv kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården med introduktion av nya teknologier och metoder för diagnostik och behandling, vilka ställer allt högre krav på samverkan med företrädare från flera specialiteter. Det är en utveckling som öppnar för nya behandlingsmöjligheter och kan kräva stora investeringar. Den snabba utvecklingen, särskilt inom den högspecialiserade vården, ställer också höga krav på utbildning och fortbildning av berörd personal.

En annan viktig faktor för nivåstrukturering är patienternas ökade krav på att behandlas där resultaten är de bästa. Flera nyligen presenterade rapporter såsom Patientmaktsutredningens betänkande Patientlag (SOU 2013:2), Vårdanalys rapport Centralisering med patienten i centrum och Sveriges Kommuner och Landstings rapport Nivåstrukturerad cancervård – för patientens bästa uttrycker behov av att stärka patientinflytandet i vården.

Enligt Myndigheten för vårdanalys rapport Centralisering med patienten i centrum är de viktigaste faktorerna för patienter vårdkvalitet, kontinuitet i vårdkontakten och en väl fungerande vårdkedja. Det geografiska avståndet till vårdgivaren lyfts i detta sammanhang fram som något som har underordnad betydelse.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har vidare konstaterat att det finns ett evidensbaserat samband mellan vårdvolym och vårdens kvalitet inom flera diagnosgrupper. Sverige har ett decentraliserat hälso- och sjukvårdssystem vilket medför stora utmaningar för landets landsting, bl.a. när det gäller att bära och utveckla spetskompetens samt ta emot och omsätta ny kunskap samtidigt som gamla metoder utmönstras. Att uppnå den volym och

kompetens som behövs för att kunna tillhandahålla en god och effektiv vård kan på sikt bli mycket svårt för många landsting.

I samband med beslut om nivåstrukturering är utgångspunkten för samtliga parter sannolikt att uppnå en bättre kvalitet för den enskilda patienten. Trots detta kan olika aktörer inom hälso- och sjukvården ha olika och motstående intressen. Det kan bero på flera saker.

Till exempel kan det i vissa fall anses viktigt att få bedriva högspecialiserad sjukvård vid sitt eget sjukhus, då det kan erbjuda eftertraktad kompetensutveckling och specialisering som upplevs endast kunna fås på detta sätt. Det kan också finnas oro för att förlora en viktig bas för såväl forskning som annan klinisk verksamhet om man lämnar ifrån sig specialiserade vårdinsatser.

Av dessa anledningar kan det vara viktigt att ha ett helhetsperspektiv vid diskussion om nivåstrukturering. Att fatta beslut kring flera olika högspecialiserade vårdinsatser parallellt kan öppna upp för en lämplig fördelning av det nationella arbetet på flera vårdgivare.

Nivåstrukturering har kommit att bli extra viktigt för den högspecialiserade vården eftersom det ställs särskilt höga krav på både kompetens och volym i den avancerade hälso- och sjukvården. Den högspecialiserade vården utgör en mindre del av det totala vårdutbudet, men fyller en viktig del i vårdkedjan. Trots sin begränsade omfattning utgör den högspecialiserade sjukvården en central del av hälso- och sjukvården och har nära koppling till forskning och utveckling, vilket gör den till en av de verksamheter som stöder och ger förutsättningar för god vård inom övriga delar av hälso- och sjukvården. I Högspecialiserad sjukvård – kartläggning och förslag (Ds 2003:56) som föregick regeringens proposition 2005/06:73 om rikssjukvården, beskrivs den högspecialiserade vården som ”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 konstateras dock att området inte är definierat i författningstext.

*Tidigare och pågående arbete*

Rikssjukvård

Formerna för hur den högspecialiserade vården har planerats och tillhandahållits har varierat över tid. Central planering och styrning har i perioder ersatts av lokalt självstyre.

År 2002 inrättade den dåvarande regeringen ett projekt på Regeringskansliet i syfte att analysera förutsättningarna, utmaningarna och framgångsfaktorerna för att utveckla den högspecialiserade sjukvården och den kliniska forskningen. Arbetet utmynnade i propositionen Nationell samordning av rikssjukvården (prop. 2005/06:73), i vilken regeringen föreslog inrättandet av en rikssjukvårdsnämnd samt preciserade rikssjukvårdens syfte och innehåll. Med rikssjukvård avses hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde.

Sedan 2007 ansvarar Socialstyrelsen för denna planering. Arbetet med rikssjukvården syftar till att koncentrera vissa typer av högspecialiserad sjukvård till ett fåtal kliniker för att ge en högre vårdkvalitet och ett bättre resursutnyttjande. Arbetet bedrivs genom Rikssjukvårdsnämnden. Under de år som nämnden har funnits har 19 områden utretts eller är under utredning. Av dessa har 12 definierats som rikssjukvård och avser främst kirurgiska ingrepp.

Socialstyrelsen gjorde 2012 en intern översyn av gällande arbetsprocesser och arbetsformer för rikssjukvården. Några av slutsatserna i rapporten var att nomineringen och prioriteringen av områden som är lämpliga för rikssjukvårdsutredning ska vara öppen för andra än ledamöterna i Rikssjukvårdsnämnden samt huvudmännen, t.ex. patientföreträdare och specialistföreningar. Vägledande för prioriteringen är angelägenhetsgraden utifrån möjligheten till kvalitetsförbättringar, ökad patientnytta och effektivare resursutnyttjande. Vidare lyfte man behovet av att fördjupat diskutera och beskriva patientperspektiven i rikssjukvården, utveckla uppföljningen av vårdkedjan samt kostnader och ersättningsmodeller vid rikssjukvård.

Regionala cancercenter

Parallellt med rikssjukvården pågår ett nivåstruktureringsarbete inom ramen för den nationella cancerstrategin inom hälso- och sjukvården. Arbetet har sin utgångspunkt i den intensiva kunskapsutveckling som skett under de senaste decennierna samt i patien-

ternas ökade krav på att behandlas där resultaten är de bästa. I dag tyder uppföljningar på att resultaten varierar i landet för patienter med sällsynt cancer och för patienter som har behov av komplexa vårdinsatser.

I regeringens uppdrag till de nyligen etablerade sex regionala cancercentren (RCC) ingår att de ska medverka till en optimal nivåstrukturering inom sin sjukvårdsregion. Arbetet ska rapporteras under 2014. Samtidigt ska RCC bidra till det arbete som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bedriver inom ramen för en överenskommelse med regeringen om nivåstrukturering på nationell nivå för sällsynta eller särskilt svårbemästrade cancersjukdomar.

I september 2013 presenterade SKL en rapport som belyser hur nationell samverkan mellan sjukvårdshuvudmännen bör utvecklas så att en koncentration av vårdåtgärderna leder till ökad vårdkvalitet samt stärker förutsättningarna för klinisk forskning. Förslaget omfattar enbart sådana cancersjukdomar eller åtgärder som bör koncentreras till färre än sex platser i landet för att de har låg volym, kräver omfattande kunskap och kompetens och/eller kräver avancerad utrustning. RCC:s nationella samverkansgrupp föreslås ta ansvar för processen och att bereda förslag om nationell nivåstrukturering av en given vårdinsats. Beredningsprocessen ska vara transparent och inkludera en löpande information till huvudmännen. Tre pilotförsök har påbörjats. En försöksperiod på tre till fem år föreslås då arbetssättet prövas vid fler cancerdiagnoser.

### Norden och EU

I Nordiska ministerrådet och i EU pågår sedan flera år tillbaka en diskussion om möjligheten att samarbeta om högspecialiserad vård över landsgränserna.

Det nordiska samarbetet ska i första hand fokusera på att påbörja ett professionellt samarbete inom barnkirurgi, utveckla gemensamma databaser och register bl.a. för ryggmärgsskador och fotled- och handledsproteser samt värdera behovet av enhetliga nordiska rekommendationer för samarbetet. Inom ramen för detta utvecklingsarbete har en särskild utredare fått i uppgift att utreda samarbetsmöjligheterna på området. På barncancerområdet pågår det redan ett nordiskt samarbete med enhetliga nordiska rekommendationer och goda medicinska resultat som följd.

På EU-nivå bedrivs motsvarande arbete inom ramen för genomförandet av patientrörlighetsdirektivet (2011/24/EU) och etableringen av europeiska referensnätverk.

## Uppdraget

Utgångspunkten för svensk hälso- och sjukvård är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. En åldrande befolkning och en ökad efterfrågan innebär dock utmaningar för hälso- och sjukvården. Svensk hälso- och sjukvård uppvisar i ett internationellt perspektiv goda medicinska resultat, men det är viktigt att fortsätta att förbättra vårdens kvalitet och effektivitet. Nivåstrukturering av vården kan vara en viktig metod för att åstadkomma ökad effektivitet och för att den samlade vården för en patient ska bli så god som möjligt. Det skapar också goda förutsättningar för klinisk forskning. Detta gäller särskilt för den nationella nivån och den högspecialiserade vården. Dagens system med rikssjukvård har flera fördelar men också vissa brister. Det är troligt att betydligt fler verksamheter än dagens tolv skulle kunna koncentreras och därmed förbättra vårdkvaliteten.

Det finns således ett behov av att se över hur den högspecialiserade vården kan koncentreras i högre grad än i dag i syfte att få förbättrade vårdresultat och därigenom en mer jämlik vård samt för att uppnå ett mer effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser.

Utredaren ska därför:

– precisera innehållet och omfattningen av begreppet högspecialiserad vård,
– lämna förslag på vilka kriterier som ska ligga till grund för bedömning för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården,
– analysera hur en effektiv process för bedömning, urval, beslut och genomförande av den högspecialiserade vården bör se ut och hur uppföljning och utvärdering bör ske samt vid behov lämna förslag på nya processer som kan bidra till en ökad koncentration av den högspecialiserade vården,

– bedöma utifrån ovanstående analys huruvida befintliga strukturer för den högspecialiserade vården är ändamålsenliga och vid behov lämna förslag på hur befintliga strukturer kan förbättras.

## Konsekvensbeskrivningar

Förslagens konsekvenser ska redovisas enligt vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474). I de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det offentliga ska förslag till finansiering redovisas.

## Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska i sitt arbete samråda med huvudmännen inom hälso- och sjukvården, företrädare för de olika professionerna och berörda myndigheter och organisationer. Utredaren ska också beakta underlag från tidigare utredningar på området.

Uppdraget ska redovisas senast den 25 november 2015.

(Socialdepartementet)

# Utredningens expert-/sakkunniggrupp

Utredningen har haft en expert-/sakkunniggrupp som sammanträtt vid fem tillfällen. Ledamöter i denna grupp har varit:

**Sakkunniga**

Ämnesråd *Cecilia Halle*, Socialdepartementet
Departementssekreterare *Andreas Karlsson*, Finansdepartementet
Kansliråd *Marcus Martinelle*, Finansdepartementet
Rättssakkunnig *Zandra Milton*, Socialdepartementet
Kansliråd *Maria Wästfelt*, Utbildningsdepartementet

**Experter**

Medicinsk sakkunnig *Lennart Christiansson*, Socialstyrelsen
Medicine doktor *Oili Dahl*, Svensk sjuksköterskeförening
Samordnare *Gunilla Gunnarsson*, Sveriges kommuner och landsting
Ordförande *Håkan Hedman*, Handikappförbunden samt Njurförbundet
Sektionschef *Åsa Himmelsköld*, Sveriges kommuner och landsting
Professor *Martin Ingvar*, Karolinska Institutet
Verksamhetschef *Claes Jönsson*, Svenska Läkaresällskapet
Professor *Stefan Lindgren*, Lunds universitet samt Skånes universitetssjukhus
Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör *Peter Lönnroth*, Västra Götalandsregionen

Chefläkare *Anna Nergårdh*, Stockholms läns landsting

Professor *Ulf Näslund*, Umeå universitet

Generaldirektör *Olivia Wigzell* (entledigad fr.o.m. september 2015), Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

# Statistiska metoder

Utredningen har tillsammans med Max Köster och Mats Fernström vid Socialstyrelsen gjort analyser av risken för död inom 30-dagar efter operation i Sverige. Data från det nationella patient- och dödsorsaksregistret har använts i analyserna.

## Risk att dö inom 30-dagar efter operation

Under åren 2010–2013 registrerades i patientregistret cirka 12 miljoner kirurgiska ingrepp inom sluten och öppen specialiserad vård. Bland dessa och ett fåtal avancerade icke-kirurgiska medicinska åtgärder gjordes ett första urval på 5,8 miljoner åtgärder fördelade på 99 prioriterade kategorier.

Indelningen i kategorier baserades på Socialstyrelsens Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) men mindre ingrepp (KVÅ-koder som börjar med T), endoskopier (KVÅ-koder som börjar med U) samt diagnostiska åtgärder (KVÅ-koder som börjar med X) exkluderades då dessa koder står för relativt smärre åtgärder som mestadels görs i öppenvård och som mycket sällan kan ge upphov till några allvarliga komplikationer. Dessutom exkluderades uttagning av organ (KVÅ-koder som börjar med Y) som förutsätter att donatorn är avliden, eftersom död är ett utfallsmått i analysen.

Risken för död inom 30 dagar har beräknats bland ovanstående kirurgiska åtgärder som utförts till minst 90 procent i slutenvård och med tillräckliga volymer. För den redovisade analysen ställdes kravet att 1000 operationer per enskild åtgärdskod ska ha utförts under de fyra åren 2010 – 2013 för att data ska kunna analyseras i samtliga volymgrupper. Sjukhusen har delats in i olika volymgrupper, dvs. de som gör 1–9, 10–19, 20–49, 50–99 och fler än 100 operatio-

ner per år. Totalt sett omfattar analysen för perioden 2010 till 2013 sammanlagt 1 197 765 operationer. För 35 365 av dessa var överlevnaden mindre än 30 dagar.

Oddskvoterna har beräknats med logistisk regression med kontroll för:

- Ålder
- Kön
- Sjukhusvård under de senaste tolv månaderna
- Planerad/ej planerad vård
- Kod för den enskilda operationen

Tidigare sjukhusvård under de senaste tolv månaderna har använts som en indikator på patientens allmänna hälsotillstånd. Risken att dö är också betydligt högre vid akuta än planerade operationer. Eftersom en del sjukdomar som är mer sällsynta även kan vara mer dödliga har vi också kontrollerat för den enskilda operationens dödsrisk.

Analyser har också gjorts separat för planerade och akuta operationer och för olika typer av sjukhus (universitets-, läns- och länsdelssjukhus).

## Mått på koncentration av den kirurgiska verksamheten 2000–2013

För att beräkna i vad mån den kirurgiska verksamheten i Sverige har koncentrerats sedan år 2000, har kirurg Mats Fernström på Socialstyrelsen grupperat operationer i grupper som är homogena i bemärkelsen att de innehåller åtgärder på samma organ eller vävnadstyp och bland dessa identifierat 77 grupper där det ingår en eller flera åtgärder som bedömts vara särskilt avancerade (se bilaga 4). För var och en av dessa 77 grupper har vi dels analyserat hur stor andel av operationerna som gjorts i de olika volymklasserna och dels förändringar i antal sjukhus inom samma volymklasser.

# Aggregerade operationskoder

Aggregerade operationskoder som av kirurg[1] bedömts vara homogena i bemärkelsen att de innehåller åtgärder på samma organ eller vävnadstyp och ibland dessa identifierat 77 grupper där det ingår en eller flera åtgärder som bedöms vara särskilt avancerade.

| **Aggregat** | **Inkluderande operationskoder** |
|---|---|
| Kraniell neurokirurgi | AAC00, AAC05, AAC10, AAC15, AAC20, AAC30, AAC40, AAC99 |
| Spinal neurokirurgi | ABC10, ABC13, ABC16 |
| Perifer neurokirurgi | ACC28 |
| Reoperationer efter op på nervsystemet | AWE00 |
| Sköld- & bisköldkörtelkirurgi | BBA50 |
| Binjurekirurgi | BCA40 |
| Karotiskörtelkirurgi | BDA10 |
| Reoperationer efter op på endokrina organ | BWE00 |
| Orbitakirurgi | CAC00, CAC10, CAC50 |
| Reoperationer efter ögonkirurgi | CWE00 |
| Hörselgångskirurgi | DBD10, DBD20, DBD30 |
| Djupare öronkirurgi | DDD10, DDD20, DFA00, DFA10, DFB00 |
| Plastikkirurgi på näsa | DLD25, DLD30 |

[1] Mats Fernström, kirurg vid Socialstyrelsen har satt samman aggregaten för utredningens räkning.

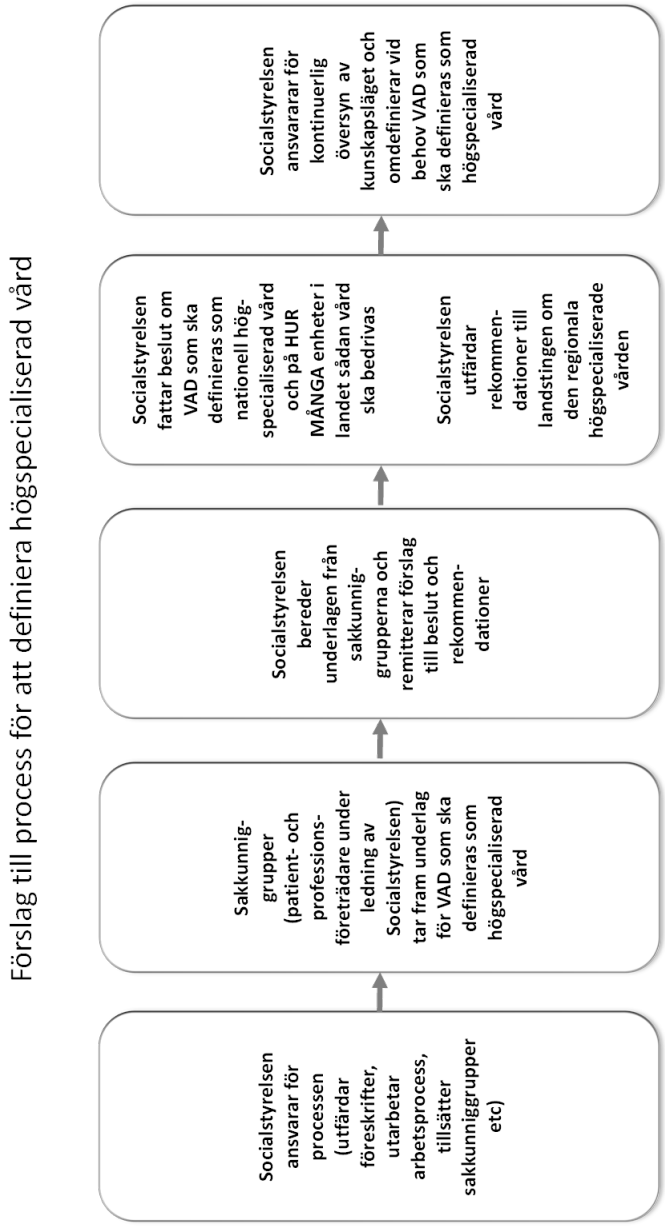
| | |
|---|---|
| Struphuvudkirurgi | DQB30, DQB40, DQB50, DQD20, DQD30 |
| Reoperationer efter op på öron, näsan, halsen och struphuvudet | DWE00 |
| Käkkirurgi | EDC45, EEC05, EEC10, EEC15, EEC45 |
| Munkirurgi | EHC30, EHC31, EHC32, EHC40, EHC45, EHC50, EHC60, EHU00, EJB40, EJB50 |
| Kindkirurgi | EKC30 |
| Svalgkirurgi | ENB20, ENB30 |
| Reoperationer efter op på läppar, tänder, käkar, munnen och svalget | EWE00 |
| Intratorakal hjärt-kärlkirurgi | FAC10, FAC20, FAD00, FAD10, FAD96, FBF10, FCA50, FCB40, FCC50, FCC60, FCC70, FCC76, FCD50, FCD60, FCD70, FDH40, FJD20, FLD20, FNC10, FNC20, FNC30, FNC40, FNC50, FNC60, FNC96, FND10, FND20, FND96, FNE00, FNE10, FNE20, FNE96, FNH20, FNK20 |
| Hjärtarytmiingrepp | FPC00, FPC10, FPC96 |
| Hjärt- och hjärt-lungtransplantationer | FQA00, FQA10, FQA20, FQA30, FQA40, FQA96, FQB00, FQB10, FQB20, FQB30, FQB96, FQW96 |
| Reoperationer efter op på hjärtat och stora intratorakala kärl | FWE00, FWF00 |
| Extrakorporeal eller assisterad cirkulation | DF005, DV023, FXA00, FXA10, FXA13, FXA20, FXA96, FXB00, FXC00, FXD00, FXE00, FXF00, FXG00, FXH00, FXJ00, FXK00, FXL00, FXM00, FXN00, FXP00, PXB00, PXC00, PXE00, PXX00 |

| | |
|---|---|
| Bröstvägg-, pleura- & diafragmakirurgi | GAC43, GAC44, GAE20, GAE23, GAE50, GAG36 |
| Lung- & luftrörskirurgi | GBA50, GBA53, GBC06, GBC10, GBC13, GBC96, GCA26, GCA30, GDD10, GDD20, GDD23, GDD26, GDG00, GDG03, GDG10, GDG13, GDG30, GDG96 |
| Mediastinumkirurgi | GEC20, GEC23, GEC24, GEC26 |
| Reoperationer efter op på bröstväggen, lungsäckar, mediastinum, diafragma, luftstrupen, luftrör och lungor | GWE00, GWF00, GWF01 |
| Reoperationer efter bröstkörtelkirurgi | HWE00 |
| Bukväggskirurgi | JAA13, JAQ00 |
| Leverkirurgi | JJB53, JJB60 |
| Levertransplantation | DJ005, DJ006, JJC00, JJC10, JJC20, JJC30, JJC40, JJC96 |
| Gallvägskirurgi | JKC40, JKD50 |
| Pankreaskirurgi | JLC20, JLC40 |
| Pankreastransplantation | JLE00, JLE03, JLE10, JLE16, JLE20, JLE30, JLE96 |
| Reoperationer efter op på mag-tarmkanalen och därtill hörande organ | JWE00, JWF00, JWF01 |
| Omfattande kirurgi vid buk- & bukväggstumör | JXA06, JXA16 |
| Esofaguskirurgi | JCC20, JCC30, JCD13, JCE40, JCE50 |
| Magsäckskirurgi | JDC20, JDC30, JDD00, JDD96, JDE10, JDE20 |
| Tunntarms- & kolonkrurgi | DJ013, JFE00, JFH20, JFH30, JFH31, JFH33, JFH40 |
| Ändtarmskirurgi | JGB00, JGB01, JGB30, JGB31, JGB33, JGB34 |
| Analkirurgi | JHC20, JHC30, JHC50 |
| Leverdialys | DJ020 |

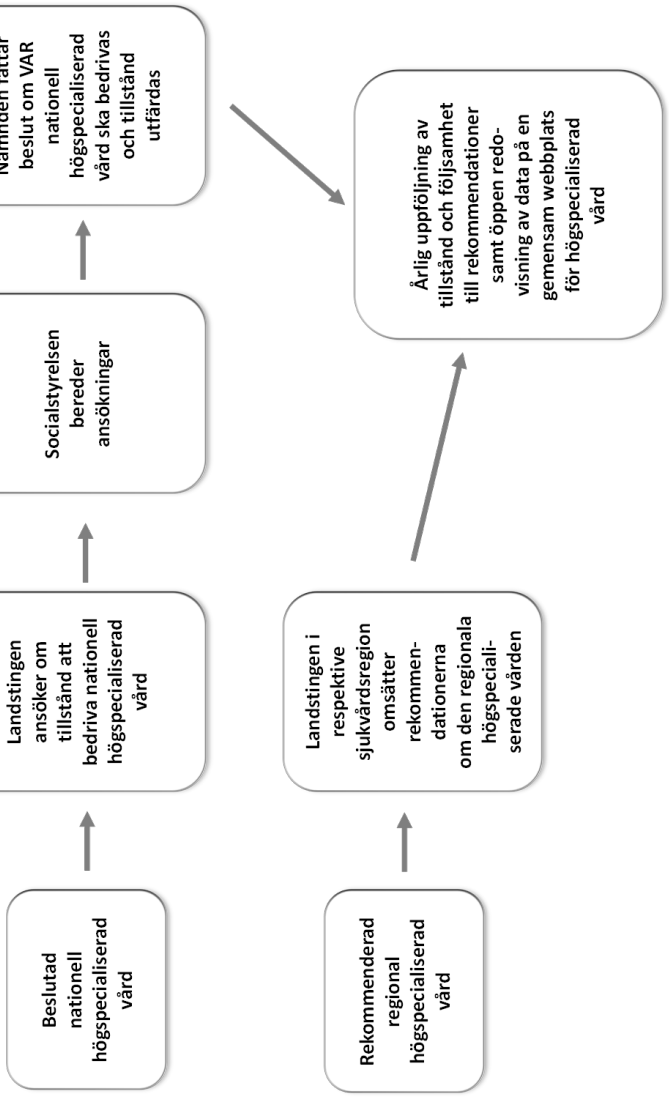
| | |
|---|---|
| Njur- & uretärkirurgi | KAC20, KAC21, KAH40, KAH41, KBJ20 |
| Njurtransplantation | KAS00, KAS10, KAS20, KAS96, KAS97 |
| Urinblåse- & urinrörskirurgi | KCC10, KCC20, KCC30 |
| Prostata- & vesikelkirurgi | KEC00, KEC01, KEC10, KEC20 |
| Peniskirurgi | KGH40 |
| Reoperationer efter op på urinvägar, manliga könsorgan och retroperitoneal kirurgi | KWE00, KWF00 |
| Omfattande kirurgi vid retroperitoneal tumör | KXK06 |
| Kirurgi på livmoder, äggstock, äggledare | LCE20 |
| Vaginal kirurgi | LEE40 |
| Reoperationer efter op på kvinnliga könsorgan | LWE00, LWF00, LWF01 |
| Ingrepp i samband med förlossning | MBC33 |
| Kejsarsnitt och obstetrisk laparotomi | MCA33 |
| Reoperationer efter obstetriska ingrepp | MWE00, MWF00, MWF01 |
| Rygg- & nackkirurgi | NAR29, NAR69 |
| Kirurgi på på axlar och överarmar | NBP29, NBR69 |
| Kirurgi på armbågar och underarmar | NCP29, NCR69 |
| Handkirurgi | NDP29, NDR69 |
| Kirurgi på bäckenet | NEP29, NEQ19, NER69 |
| Kirurgi på höftleder och lår | NFP29, NFR69 |
| Kirurgi på knän och underben | NGP29, NGR69 |
| Kirurgi på fotleder och fötter | NHP29, NHR69 |
| Reoperation efter operationer på muskuloskeletala systemet | NAW89, NBW89, NCW89, NDW89, NEW89, NFW89, NGW89, NHW89, NXW89 |

| | |
|---|---|
| Kirurgi på artärer avgående från aortabågen och dess grenar | PAH10, PAH20, PAH21, PAH25, PAH30, PAH99, PAK10, PAK20, PAK21, PAK30, PAK40, PAK99 |
| Artärkirurgi på extremiteter | PBH10, PBH20, PBH99, PEH10, PEH11, PEH12, PEH20, PEH30, PFH10, PFH20, PFH21, PFH22, PFH23, PFH24, PFH25, PFH26, PFH27, PFH28, PFH29, PFH99, PGH10, PGH20, PGH21, PGH22, PGH23, PGH30, PGH31, PGH40, PGH99 |
| Intraabdominell artärkirurgi | PCH10, PCH20, PCH30, PCH40, PCH99, PCK20, PCK30, PCK40, PCK50, PCK99, PDG20, PDG21, PDG22, PDG23, PDG24, PDG35, PDG99, PDH10, PDH20, PDH21, PDH22, PDH23, PDH24, PDH30, PDH35, PDH99 |
| Perifer venkirurgi | PHH21 |
| Abdominell venkirurgi | PHH22, PHH25, PHH30 |
| Lymfkirurgi | PJD53, PJD54 |
| Reoperationer efter op på perifera kärl och lymfsystemet | PWE00 |
| Uttagningar av lungor till transplantation | YGA10, YGA20 |
| Uttagningar av lever eller bukspottkörtel till transplantation | YJA00 |
| Uttagningar av ben, benmärg, kärl eller mjukdelar till transplantation | YNA04, YNA40, YNA45, YPA00 |
| Reoperation efter uttagning av organ eller vävnad till transplantation | YWE00, YWF00, YWF01 |
| Vävnadstransplantationer | ZZQ00, ZZQ10, ZZQ20, ZZQ30, ZZQ40, ZZQ60, ZZQ70, ZZQ80 |

# Processbilder över förslagen



Förslag till process för att ge tillstånd att bedriva nationell högspecialiserad vård och utfärda rekommendationer för regional högspecialiserad vård



# Statens offentliga utredningar 2015

## Kronologisk förteckning

1. Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. Fö.
2. Värdepappersmarknaden MiFID II och MiFIR. + Bilagor. Fi.
3. Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. Ju.
4. Ett svenskt tonnageskattesystem. Fi.
5. En ny svensk tullagstiftning. Fi.
6. Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksproduktdirektivet. S.
7. Krav på privata aktörer i välfärden. Fi.
8. En översyn av årsredovisningslagarna. Ju.
9. En modern reglering av järnvägstransporter. Ju.
10. Gränser i havet. UD.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. M.
12. Överprövning av upphandlingsmål m.m. Fi.
13. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. A.
14. Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. S.
15. Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. N L.
16. Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. N.
17. För kvalitet – Med gemensamt ansvar. S.
18. Lösöreköp och registerpant. Ju.
19. En ny ordning för redovisningstillsyn. Fi.
20. Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård. S.
21. Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 + 2. S.
22. Rektorn och styrkedjan. U.
23. Informations- och cybersäkerhet i Sverige. Strategi och åtgärder för säker information i staten. Ju Fö.
24. En kommunallag för framtiden. Del A + B . Fi.
25. En ny säkerhetsskyddslag. Ju.
26. Begravningsclearing. Ku.
27. Skatt på dubbdäcksanvändning i tätort? Fi.
28. Gör Sverige i framtiden – digital kompetens. N.
29. En yrkesinriktning inom teknikprogrammet. U.
30. Kemikalieskatt. Skatt på vissa konsumentvaror som innehåller kemikalier. Fi.
31. Datalagring och integritet. Ju.
32. Nästa fas i e-hälsoarbetet. S.
33. Uppgiftslämnarservice för företagen. N.
34. Ett effektivare främjandeförbud i lotterilagen. Fi.
35. Service i glesbygd. N.
36. Systematiska jämförelser. För lärande i staten. S.
37. Översyn av lagen om skiljeförfarande. Ju.
38. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del II. A.
39. Myndighetsdatalag. Ju.
40. Stärkt konsumentskydd på bolånemarknaden. Ju.
41. Ny patentlag. Ju.
42. Koll på anläggningen. N.
43. Vägar till ett effektivare miljöarbete. M.
44. Arbetslöhet och ekonomiskt bistånd. S
45. SÖK – statsbidrag för ökad kvalitet. U.
46. Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. S.

47. Kollektiv rättighetsförvaltning på upphovsrättsområdet. Ju.
48. Bostadsmarknaden och den ekonomiska utvecklingen. Fi.
49. Nya regler för revisorer och revision. Ju.
50. Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett jämställt arbetsliv. A.
51. Klimatförändringar och dricksvattenförsörjning. N.
52. Rapport från Bergwallkommissionen. Ju.
53. The Welfare State and Economic Performance. Fi.
54. Europeisk kvarstad på bankmedel. Ju.
55. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. U.
56. Får vi det bättre? Om mått på livskvalitet. Fi.
57. Tillsyn över polisen och Kriminalvården. Ju.
58. EU och kommunernas bostadspolitik. N.
59. En ny regional planering – ökad samordning och bättre bostadsförsörjning. N.
60. Delrapport från Sverigeförhandlingen. Ett författningsförslag om värdeåterföring. N.
61. Ett stärkt konsumentskydd vid telefonförsäljning. Ju.
62. UCITS V. En uppdaterad fondlagstiftning. Fi.
63. Straffrättsliga åtgärder mot terrorismresor. Ju.
64. En fondstruktur för innovation och tillväxt. N.
65. Om Sverige i framtiden – en antologi om digitaliseringens möjligheter. N.
66. En förvaltning som håller ihop. N.
67. För att brott inte ska löna sig. Ju.
68. Tjänstepension – tryggandelagen och skattereglerna. Fi.
69. Ökad trygghet för hotade och förföljda personer. Fi.
70. Högre utbildning under tjugo år. U.
71. Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. S.
72. Skärpt exportkontroll av krigsmateriel – DEL 1 + 2, bilagor. UD.
73. Personuppgiftsbehandling på utlännings-och medborgarskapsområdet. Ju.
74. Skydd för vuxna i internationella situationer – 2000 års Haagkonvention. Ju.
75. En rymdstrategi för nytta och tillväxt. U.
76. Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter. S.
77. Fakturabedrägerier. Ju.
78. Upphandling och villkor enligt kollektivavtal. S.
79. Tillsyn och kontroll på hälso- och miljöområdet inom försvaret. Fö.
80. Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning. S.
81. Mer tid för kunskap – förskoleklass, förlängd skolplikt och lovskola. U.
82. Ökad insyn i fristående skolor. U.
83. Översyn av lex Laval. A.
84. Organdonation. En livsviktig verksamhet. S.
85. Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer. S.
86. Mål och myndighet. En effektiv styrning av jämställdhetspolitiken. + Forskarrapporter till Jämställdshets utredningen. U.
87. Energiskatt på el. En översyn av det nuvarande systemet. Fi.
88. Gestaltad livsmiljö – en ny politik för arkitektur, form och design. Ku.
89. Ny museipolitik. Ku.
90. Utbildning för framtidens arbetsmarknad. Fi.
91. Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden. N.
92. Utvecklad ledning av universitet och högskolor. U.
93. Översyn av ersättning till kommuner och landsting för s.k. dold mervärdesskatt. Fi.
94. Medieborgarna & medierna. En digital värld av rättigheter, skyldigheter – möjligheter och ansvar. Ku.

95. Migration, en åldrande befolkning och offentliga finanser. Fi.
96. Låt fler forma framtiden! Forskar-antologi. Bilaga till betänkande. Ku.
97. Välja yrke. U.
98. Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. S.

# Statens offentliga utredningar 2015

## Systematisk förteckning


**Arbetsmarknadsdepartementet**

Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. [13]

Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del II. [38]

Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett jämställt arbetsliv. [50]

Översyn av lex Laval. [83]

**Finansdepartementet**

Värdepappersmarknaden MiFID II och MiFIR. + Bilagor [2]

Ett svenskt tonnageskattesystem. [4]

En ny svensk tullagstiftning. [5]

Krav på privata aktörer i välfärden. [7]

Överprövning av upphandlingsmål m.m. [12]

En ny ordning för redovisningstillsyn. [19]

En kommunallag för framtiden. Del A + B. [24]

Skatt på dubbdäcksanvändning i tätort? [27]

Kemikalieskatt. Skatt på vissa konsumentvaror som innehåller kemikalier. [30]

Ett effektivare främjandeförbud i lotterilagen. [34]

Bostadsmarknaden och den ekonomiska utvecklingen. [48]

The Welfare State and Economic Performance. [53]

Får vi det bättre? Om mått på livskvalitet. [56]

UCITS V. En uppdaterad fondlagstiftning. [62]

Tjänstepension – tryggandelagen och skattereglerna. [68]

Ökad trygghet för hotade och förföljda personer. [69]

Energiskatt på el. En översyn av det nuvarande systemet. [87]

Utbildning för framtidens arbetsmarknad. [90]

Översyn av ersättning till kommuner och landsting för s.k. dold mervärdesskatt. [93]

Migration, en åldrande befolkning och offentliga finanser. [95]

**Försvarsdepartementet**

Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. [1]

Tillsyn och kontroll på hälso- och miljöområdet inom försvaret. [79]

**Justitiedepartementet**

Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. [3]

En översyn av årsredovisningslagarna. [8]

En modern reglering av järnvägstransporter. [9]

Lösöreköp och registerpant. [18]

Informations- och cybersäkerhet i Sverige. Strategi och åtgärder för säker information i staten. [23]

En ny säkerhetsskyddslag. [25]

Datalagring och integritet. [31]

Översyn av lagen om skiljeförfarande. [37]

Myndighetsdatalag. [39]

Stärkt konsumentskydd på bolånemarknaden. [40]

Ny patentlag. [41]

Kollektiv rättighetsförvaltning på upphovsrättsområdet. [47]

Nya regler för revisorer och revision. [49]

Rapport från Bergwallkommissionen. [52]

Europeisk kvarstad på bankmedel. [54]

Tillsyn över polisen och Kriminalvården. [57]

Ett stärkt konsumentskydd vid telefonförsäljning. [61]

Straffrättsliga åtgärder mot terrorismresor. [63]

För att brott inte ska löna sig. [67]

Personuppgiftsbehandling på utlännings- och medborgarskapsområdet. [73]

Skydd för vuxna i internationella situationer – 2000 års Haagkonvention. [74]

Fakturabedrägerier. [77]

**Kulturdepartementet**

Begravningsclearing. [26]

Gestaltad livsmiljö – en ny politik för arkitektur, form och design. [88]

Ny museipolitik. [89]

Medieborgarna & medierna. En digital värld av rättigheter, skyldigheter – möjligheter och ansvar. [94]

Låt fler forma framtiden! Forskarantologi. Bilaga till betänkande. [96]

**Miljö- och energidepartementet**

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. [11]

Vägar till ett effektivare miljöarbete. [43]

**Näringsdepartementet**

Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. [15]

Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. [16]

Gör Sverige i framtiden – digital kompetens. [28]

Uppgiftslämnarservice för företagen. [33]

Service i glesbygd. [35]

Koll på anläggningen. [42]

Klimatförändringar och dricksvattenförsörjning. [51]

EU och kommunernas bostadspolitik. [58]

En ny regional planering – ökad samordning och bättre bostadsförsörjning. [59]

Delrapport från Sverigeförhandlingen. Ett författningsförslag om värdeåterföring. [60]

En fondstruktur för innovation och tillväxt. [64]

Om Sverige i framtiden – en antologi om digitaliseringens möjligheter. [65]

En förvaltning som håller ihop. [66]

Bostäder att bo kvar i. Bygg för gemenskap i tillgänglighetssmarta boendemiljöer. [85]

Digitaliseringens transformerande kraft – vägval för framtiden. [91]

**Socialdepartementet**

Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksproduktdirektivet. [6]

Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. [14]

För kvalitet – Med gemensamt ansvar. [17]

Trygg och effektiv utskrivning från sluten vård. [20]

Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 + 2. [21]

Nästa fas i e-hälsoarbetet. [32]

Systematiska jämförelser. För lärande i staten. [36]

Arbetslöhet och ekonomiskt bistånd. [44]

Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. [46]

Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. [55]

Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. [71]

Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter. [76]

Upphandling och villkor enligt kollektivavtal. [78]

Stöd och hjälp till vuxna vid ställningstaganden till vård, omsorg och forskning. [80]

Organdonation. En livsviktig verksamhet. [84]

Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa. [98]

**Utbildningsdepartementet**

Rektorn och styrkedjan. [22]

En yrkesinriktning inom teknikprogrammet. [29]

SÖK – statsbidrag för ökad kvalitet. [45]

Högre utbildning under tjugo år. [70]

En rymdstrategi för nytta och tillväxt. [75]

Mer tid för kunskap – förskoleklass, förlängd skolplikt och lovskola. [81]

Ökad insyn i fristående skolor. [82]

Mål och myndighet. En effektiv styrning av jämställdhetspolitiken.
+ Forskarrapporter till Jämställdshetsutredningen. [86]

Utvecklad ledning av universitet och högskolor. [92]

Välja yrke. [97]

**Utrikesdepartementet**

Gränser i havet. [10]

Skärpt exportkontroll av krigsmateriel – DEL 1 + 2, bilagor. [72]