Region Stockholm

6
Uppföljning och val av avtalsform för Akademiskt specialistcentrum HSN 2022-0492

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Specialiserad vård.
Mikaela Lingvall

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-05-05

HSN 2022-0492

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Uppföljning och val av avtalsform för Akademiskt specialistcentrum

Ärendebeskrivning

En uppföljning har gjorts av avtalsmodellen för Akademiskt specialistcentrum som idag består av fyra centrum för patientgrupper inom reumatologi, neurologi, diabetes samt övervikt. Uppföljningen ligger till grund till förslag till fortsatt avtalsform för uppdragen. Ärendet föreslår även en förlängning av nuvarande avtal för Akademiskt specialistcentrum.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Uppföljning Akademiskt specialistcentrum 2021

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att förlänga, och vid behov justera, nuvarande avtal med respektive akademiskt specialistcentrum i två år.

2. Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att utarbeta kommande avtal i egenregi och återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden med förslag till avtal.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund

Akademiskt specialistcentrum är en avtalsform som togs fram som en del av genomförandet av Framtidsplanen inom Region Stockholm för att ge förutsättningar för att bedriva specialiserad, och till del högspecialiserad vård utanför akutsjukhus. Uppdraget har stora inslag av forskning, utbildning och innovations- och utvecklingsarbetet. Uppdraget gäller bland

annat utvecklingsarbete inom nätverkssjukvård, patientsamverkan, samt effektivt nyttjande av medicinsk teknik och läkemedel.

I nuläget bedrivs fyra akademiska specialistcentrum av Stockholms läns sjukvårdsområden (SLSO) i lokaler vid Torsplan, nära NKS och Karolinska Institutet. ASC består av följande fyra avtal:

- Centrum för reumatologi (HSN 2020-1570) som startades år 2016 med uppdrag inom ett flertal diagnoser inom reumatologi. Hade år 2021 cirka 28 500 vårdkontakter och en ersättning på cirka 39 miljoner kronor.
- Centrum för neurologi (HSN 2020-1571) som startades år 2017 med uppdrag för MS och Parkinson-patienter. Uppdraget definieras som högspecialiserat. Hade år 2021 cirka 15 300 vårdkontakter och en ersättning på cirka 39 miljoner kronor.
- Centrum för diabetes (HSN 2020-1572) startades år 2017 med uppdrag för patienter med typ 1-diabetes, samt komplicerad typ 2-diabetes. Hade år 2021 cirka 14 400 vårdkontakter och en ersättning på cirka 21 miljoner kronor.
- Överviktscentrum (HSN 2020-1573) fördes över från Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag till SLSO år 2019, med uppdrag för patienter med en fetmadiagnos i behov av specialiserad behandling (icke-kirurgisk). Hade år 2021 cirka 6 400 vårdkontakter och en ersättning motsvarande cirka 15,3 miljoner kronor.

Uppföljningen av uppdraget mellan år 2017 och 2021
En uppföljning av uppdraget har gjorts med utgångspunkt i målsättningen med att skapa akademiska specialistcentrum. Målsättningarna har utgångspunkt både i Framtidens hälso- och sjukvård och projektet 4D. Uppdraget handlar om att genomföra vårdstrukturförändringar och att överföra vård, forskning, utbildning och utveckling till specialiserad vård utanför akutsjukhus. Andra exempel är att vara en del av och utveckla nätverkssjukvård, patientsamverkan, medicinsk teknik och läkemedelsanvändning.

Uppföljningen visar på att uppdraget har utvecklats positivt i förhållande till målbilden. Det finns ett behov av kontinuitet och långsiktighet sett till övergripande uppdrag och avtalsform för att uppdraget ska fortsätta utvecklas, särskilt kopplat till delar av FoUUI-uppdragen.

Nedan följer en sammanfattning av uppföljningens resultat utifrån den målbild som fanns med att skapa avtalen.

- Vårdstrukturförändringar

Både vård och FoUUI verksamhet har förts över från akutsjukhus, och viss annan specialiserad vård till ASC, i enlighet med Framtidsplanen. Uppdraget har utvecklats löpande, och det finns delar som har kommit olika långt och är olika framträdande för de olika centrumbildningarna. Att föra över kompetens och tjänster har inom reumatologi och neurologi har varit svårt.

Besök och vårdkontakter kommer från akutsjukhusens uppdrag, från läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning samt från nydiagnostiserade inom patientgrupperna. Inom akutsjukhusens uppdrag har särskilt antalet individer minskat för det som ingår i respektive ASC enhets uppdrag. Generellt gäller för alla patientgrupperna att nya vårdprogram och behandlings-rekommendationer, läkemedelsutveckling, medicinteknisk utveckling och rekommendationer vilket påverkar vårdbehovet och arbetssätt hos alla vårdgivare.

ASC:s uppdrag motsvarar i dagsläget akutsjukhusens öppenvårdsuppdrag för motsvarande patientgrupper.

Den geografiska placeringen är avgörande särskilt för samverkan med KI, Karolinska sjukhuset Solna och Akademiskt primärvårdscentrum kring FoUUI uppdraget.

- Nya arbetssätt

Nya arbetssätt lyfts fram särskilt inom digitalisering och patientbesök, där insatser gjorts både för att öka kvalitén på digitala kontakter för och samverka kring patienter med diagnosticerad eller misstänkt kronisk sjukdom, till exempel via digitala ronder. ASC:s ledning är positiva till och prioriterar utvecklings- och innovationsförslag från medarbetare och patienter.

- Patientsamverkan

Uppdragen att arbeta aktivt med patientsamverkan visar på goda resultat, och ses som en tillgång både av verksamheterna och patientföreträdare. Bland annat jobbar ASC aktivt med ett patientråd.

- Nätverkssjukvård

De olika centrumbildningarna är aktiva inom nätverkssjukvården, arbetar med samverkan kring enskilda patienter samt utbildning kring patientgrupper mot primärvården. Arbetar aktivt med att utveckla nya

arbetssätt för att kunna samverka. Samverkan med primärvården kan utvecklas, samt samverkan för slutenvårdsdelarna av uppdraget vilket påverkas av hur uppdragen är formulerade för dessa vårdgivare.

- Forskning, utbildning, utveckling, innovation (FoUUI)

Beskrivs som en god förebild inom Region Stockholms vårdstruktur för FoUUI verksamhet utanför akutsjukhusen. Akademiskt specialistcentrum är en godkänd universitetssjukvårdsenhet. Forskning har både förts över från Karolinska, Solna och initierats på ASC, som nu är en av regionens största prövningsenheter för läkemedelsstudier. Goda exempel finns på hur studier både är patientnära och implementeras i vårdverksamheten, samt sprids till andra vårdgivare.

Det finns utvecklingsbehov och möjligheter när det kommer till delade tjänster och infrastruktur inom regionen samt när det gäller utbildningsuppdraget. Ökad regional samverkan ger förutsättningar för utveckling av uppdraget.

- Vårdbehov och utförd vård

Inom samtliga patientgrupper framkommer ett ökat antal individer inom vårdsystemet, tillväxten sker både inom primärvården (särskilt diabetes, övervikt) och inom den somatiska specialistvården. Nya behandlingsmetoder, indikationer för läkemedelsbehandling och nya vårdprogram både ökar och minskar behovet av besök per individ inom systemet.

Patienterna som vårdas inom uppdragen har utifrån diagnoser, medicinska åtgärder och enligt intervjuade behov av specialiserad vård, motsvarande den vård som tidigare utfördes på akutsjukhusen.

Akademiskt specialistcentrum har en hög andel distanskontakter, som också ökat under pandemin. Att arbeta med dessa kontakter och sprida kunskap är en del av uppdraget som har utförts bland annat genom medverkan i utvecklingen av appen ”Alltid öppet”.

- Tillgänglighet

Tillgänglighet enligt CVR visar på att ASC vid uppstarten av uppdraget omhändertog ett behov av besök, och hade till en början längre väntetider än vårdgarantin. Till viss del berodde det på att kötiderna följde med från andra vårdgivare. Över tid har tillgängligheten förbättrats, men uppföljningen visar på en ökning av antal individer som med aktuella diagnoser i vårdsystemet ökat antalet remisser till

ASC, samt ett behov av förbättring av tillgängligheten till nybesök inom delar av uppdraget.

- Kvalitet

Kvaliteten inom diagnosområdena diabetes, MS och Parkinson samt Reumatoid artrit, är för ASC i stort sett likvärdig eller bättre vid jämförelse mellan vårdgivare regionalt och för regionen nationellt. Det finns en viss spridning, både för enskilda mått samt för de olika centrumbildningarna. Tillgängliga register för övervikt och fetma fokuserar på kirurgi samt barnfetma, vilket innebär att kvalitetsregister saknas för den verksamhet som bedrivs på Överviktscentrum.

- Kostnader och ersättningsnivå

En jämförelse mellan ersättningsnivåer enligt olika avtal försvåras av att uppdrag och ersättningsmodell skiljer sig mellan olika avtalsformer. Inom ramen för uppföljningen har en övergripande jämförelse gjorts baserat på nuvarande ersättningsmodeller. Ersättningen per vårdkontakt är lägre på ASC än på akutsjukhus, högre än inom LOV och för läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning (LOL). I jämförelse med Ersta sjukhus (LOU) är ersättningsnivån motsvarande. I takt med att vårduppdraget utökats har totalersättningen ökat. Möjligheten att differentiera ersättningsmodellen sett till både besöks- och uppdragsersättning samt differentiera ersättning utifrån besökstyp bör ses över.

- Läkemedel

Läkemedelsanvändningen bedöms motsvara vad som är förväntat av uppdraget. Utveckling inom läkemedelsområdet, patentutgångar, ökade indikationer samt tidigare insättning av läkemedel både driver upp och ner kostnaderna för läkemedel. Särskilt inom reumatologi där dyra biologiska läkemedel ersätts med biosimulerer men också används på fler patienter då indikationer för insättning bereddas och de kan hjälpa fler patienter till ett bättre liv.

Val av avtalsform

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att nuvarande avtalsform, direktavtal med egen regi, bedöms som mest lämplig även under nästa avtalsperiod. Förslaget överensstämmer med rekommendationerna i Region Stockholms riktlinje för val av avtalsform (HSN 2016-2522).

Enligt riktlinjen rekommenderas direktavtal med egenregi om ett uppdrag är högspecialiserat, omfattar snabb och omfattande

medicinteknikutveckling, uppdrag kräver stor andel dyra läkemedel och det finns stort krav på forskning. ASC:s uppdrag inom neurologi är högspecialiserat, varför den del av ASC:s verksamhet inte bör konkurrensutsättas. ASC:s övriga uppdrag är också mindre lämpliga för konkurrensutsättning till exempel på grund av stor andel läkemedel inom reumatologi och neurologi, snabb medicinteknisk utveckling inom diabetes och kompetensbrist inom reumatologi, neurologi och överviktsbehandling.

Alla fyra områden är forsknings- och kunskapsintensiva. Närheten till forskning både geografiskt och verksamhetsmässigt är väsentligt för driften av Akademiskt specialistcentrum. FoUUI-uppdraget har, även om det finns ytterligare utvecklingspotential, etablerats på ett positivt sätt vilket inte har skett inom annan specialiserad vård utanför akutsjukhus i samma utsträckning. Kontinuitet och kultur är viktiga faktorer och det tar tid att utveckla en innovationsmiljö där forskning och utbildning bedrivs och där samverkan sker inom nätverkssjukvården. Vidare har pandemin påverkat möjligheterna att utveckla alla delar i målsättningen för ASC. Att fortsätta med samma avtalsmodell som hittills bedöms ge bättre förutsättningar för verksamheten att utvecklas ytterligare i den riktning som var målet.

Enligt Region Stockholms riktlinje för val av avtalsform kan ett vårdområde konkurrensutsättas genom lag om valfrihetssystem (LOV) eller lag om offentlig upphandling (LOU) framför allt om det finns en marknad, om uppdraget går att ersätta med en enkel, tydlig och transparent modell och om det finns ett behov av att öka patienters möjlighet att göra reella val. För konceptet ASC med uppdrag för kronikergrupper med komplexa medicinska behov och höga krav på FoUUI bedöms inte konkurrensutsättning vara ett alternativ i nuläget. Inom LOV finns inte heller möjligheten att utveckla en takkonstruktion för vårdkontakter och ersättning vilket medför en ekonomisk risk.

En upphandling avseende konceptet ASC enligt LOU kan innebära risk för att en tidsbestämd avtalstid kan påverka kontinuiteten i nätverkssjukvården för kronikergrupper. Det kan också innebära en risk för försämrad kontinuitet för patienten och att anbudsgivare lägger för lågt pris, vilket i sin tur kan påverka kvaliteten eller att anbudsgivaren får svårt att driva hela, eller delar av verksamhet såsom forskning, utveckling och utbildning.

Som tidigare redovisats, tillkom de olika verksamheterna under olika tidsperioder, varför det finns separata avtal för varje verksamhet. I stället

för fyra olika avtal förordas ett samlat avtal med fyra uppdrag. Ett samlat avtal rekommenderas av flera skäl:

- Ett samlat avtal minskar administration hos både vårdgivare och förvaltningen. Detta eftersom avtalen och uppdragen innehåller många likartade delar.
- I ett samlat avtal kan volymer och ersättning enklare omfördelas mellan olika delar, vilket skapar flexibilitet och också kan minska administration kopplat till tilläggsbeställningar.

Överväganden
Uppföljningen av uppdraget visar på att särskilt de delar som rör forskning, utbildning, utveckling och innovation gynnas av långsiktiga förutsättningar och kontinuitet och väger särskilt tungt i bedömningen att fortsatt avtala uppdraget för Akademiskt specialistcentrum som helhet i egenregi. En annan aspekt är kompetensförsörjningen inom flera av specialiteterna är ansträngd.

Utveckling har skett inom alla dessa delar av uppdraget under uppföljningsperioden.

En förlängning av nuvarande avtal med mindre justeringar från och med 2023-01-01 till och med 2024-12-31 ger tid för att utveckla nuvarande styrning genom uppdrag och ersättningsmodell.

Ekonomiska konsekvenser
Beslutet innebär oförändrade ekonomiska konsekvenser de närmaste två åren, då nuvarande avtal kommer att förlängas enligt gällande budget.

Inom flera av uppdragen har antalet individer som söker vård ökat i hela systemet, vilket kan ligga till grund för ett behov av utökade beställningar både på Akademiskt specialistcentrum samt på akutsjukhusen.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Beslutet förväntas ha positiv påverkan på patientsäkerheten, och ge förutsättningar att fortsätta bedriva och utveckla en sammanhållen vård för relevanta patientgrupper.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Beslutet förväntas ha oförändrad påverkan för jämlik och jämställd vård.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrad påverkan på miljön.

Administrativa konsekvenser
Förlaget förväntas ha positiva administrativa konsekvenser både för vårdgivaren samt för hälso- och sjukvårdsförvaltningen, särskilt att sammanföra dagens fyra avtal för respektive centrumbildning till ett avtal.

Anders Ahlsson
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Lena Hanberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Anders Ahlsson, 2022-05-05

Uppföljning Akademiskt specialistcentrum 2017–2021

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2022-05-24
Diarienummer: 2022-0492

Region Stockholm

Sammanfattning

Akademiskt specialistcentrum är en avtalsform som togs fram som en del av genomförandet av Framtidsplanen inom Region Stockholm för att ge förutsättningar för att bedriva specialiserad, och till del högspecialiserad vård utanför akutsjukhus. Uppdraget har stora inslag av forskning, utbildning och innovations- och utvecklingsarbetet. Uppdraget gäller bland annat utvecklingsarbete inom nätverssjukvård, patientsamverkan, samt effektivt nyttjande av medicinsk teknik och läkemedel.

I nuläget bedrivs fyra akademiska specialistcentrum av Stockholms läns sjukvårdsområden (SLSO) i lokaler vid Torsplan, nära NKS och Karolinska Institutet. Tillsammans hade de år 2021 cirka 63 000 vårdkontakter och en ersättning motsvarande 125,5 mkr. ASC består idag av fyra avtal:

- Centrum för reumatologi (HSN 2020-1570) som startades år 2016 med uppdrag inom ett flertal diagnoser inom reumatologi.
- Centrum för neurologi (HSN 2020-1571) som startades år 2017 med uppdrag för MS och Parkinson-patienter. Uppdraget definieras som högspecialiserat.
- Centrum för diabetes (HSN 2020-1572) startades år 2017 med uppdrag för patienter med typ 1-diabetes, samt komplicerad typ 2-diabetes.
- Överviktscentrum (HSN 2020-1573) fördes över från Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag till SLSO år 2019, med uppdrag för patienter med en fetmadiagnos i behov av specialiserad behandling (icke-kirurgisk).

En uppföljning av uppdraget har gjorts med utgångspunkt i målsättningen med att skapa akademiska specialistcentrum. Målsättningarna har utgångspunkt både i Framtidens hälso- och sjukvård och projektet 4D. Uppdraget handlar om att genomföra vårdstrukturförändringar och att överföra vård, forskning, utbildning och utveckling till specialiserad vård utanför akutsjukhus. Andra exempel är att vara en del av och utveckla nätverssjukvård, patientsamverkan, medicinsk teknik och läkemedelsanvändning.

Uppföljningen visar på att uppdraget har utvecklats positivt i förhållande till målbilden. Det finns ett behov av kontinuitet och långsiktighet sett till övergripande uppdrag och avtalsform för att uppdraget ska fortsätta utvecklas, särskilt kopplat till delar av FoUUI-uppdragen.

I enlighet med Framtidsplanens intentioner utförs nu vård som tidigare utförts inom akutsjukhusens öppenvårdsuppdrag på Akademiska specialistcentrum. Patienter kommer även in som är nydiagnostiserade, samt från minskningar inom uppdraget för läkare verksamma inom lagen för läkarvårdsersättning. Akutsjukhusens uppdrag har tydligast minskat för patientgrupperna sett till individer. Den geografiska placeringen är avgörande särskilt för samverkan med KI, Karolinska sjukhuset Solna och Akademiskt primärvårdscentrum kring FoUUI uppdraget.

ASC beskrivs som en god förebild inom Region Stockholms vårdstruktur för FoUUI verksamhet utanför akutsjukhusen. Akademiskt specialistcentrum är en

godkänd universitetssjukvårdsenhet. Forskning har både förts över från Karolinska, Solna och initierats på ASC. Goda exempel finns på hur studier både är patientnära och implementeras i vårdverksamheten, samt sprids till andra vårdgivare.

Nya arbetssätt lyfts fram särskilt inom digitalisering och patientbesök, där insatser gjorts både för att öka kvalitén på digitala kontakter för och samverka kring patienter med diagnosticerad eller misstänkt kronisk sjukdom, till exempel via digitala ronder. Uppdragen att arbeta aktivt med patientsamverkan visar på goda resultat, och ses som en tillgång både av verksamheterna och patientföreträdare. Bland annat jobbar ASC aktivt med ett patientråd.

De olika centrumbildningarna är aktiva inom nätverkssjukvården, arbetar med samverkan kring enskilda patienter samt utbildning kring patientgrupper mot primärvården

ASC har en hög andel distanskontakter, som också ökat under pandemin. Att arbeta med dessa kontakter och sprida kunskap är en del av uppdraget som har utförts bland annat genom medverkan i utvecklingen av appen ”Alltid öppet”.

Kvaliteten inom diagnosområdena diabetes, MS och Parkinson samt Reumatoid artrit, är för ASC i stort sett likvärdig eller bättre vid jämförelse mellan vårdgivare regionalt och för regionen nationellt.

En jämförelse mellan ersättningsnivåer enligt olika avtal försvåras av att uppdrag och ersättningsmodell skiljer sig mellan olika avtalsformer. Inom ramen för uppföljningen har en övergripande jämförelse gjorts baserat på nuvarande ersättningsmodeller. Ersättningen per vårdkontakt är lägre på ASC än på akutsjukhus, högre än inom LOV och för läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning (LOL). I jämförelse med Ersta sjukhus (LOU) är ersättningsnivån motsvarande. Läkemedelsanvändningen bedöms motsvara vad som är förväntat av uppdraget.

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att nuvarande avtalsform, direktavtal med egen regi, bedöms som mest lämplig även under nästa avtalsperiod. Förslaget överensstämmer med rekommendationerna i Region Stockholms riktlinje för val av avtalsform (HSN 2016-2522).

Innehållsförteckning

1 Bakgrund 5
1.1 Syfte 6
1.1.1 Frågeställningar 6
1.1.2 Avgränsningar 6
1.2 Metod 6
1.2.1 Källor 7
1.2.2 Pandemieffekt 8
1.3 Mål och visioner med akademiska specialistcentrum 8
1.3.1 Centrum för reumatologi (CFR) 8
1.3.2 Centrum för neurologi (CFN) 9
1.3.3 Centrum för diabetes (CFD) 10
1.3.4 Överviktscentrum (ÖC) 11
1.4 Avtalens konstruktion 11
1.4.1 Uppdragsstyrning 12
1.4.3 Kvalitetsstyrningsmodell 12
1.4.4 Styrning för nya arbetssätt, patientsamverkan 13
1.4.5 Styrning för forskning och utbildning 13
1.4.6 Geografi 13
1.4.7 Omvärldsförändringar 14
2 Uppföljning och analys 15
2.1 Uppföljning i relation till mål och visioner med avtalen 15
2.1.1 Forskning, utbildning, utveckling och innovation (FOUUI) 15
2.1.2 Nya arbetssätt 19
2.1.3 Geografiska aspekter 22
2.1.4 Nätverkssjukvård 23
2.1.5 Vårdstrukturförändringar 24
2.1.6 Tillgänglighet 31
2.1.7 Utförd vård ASC 34
2.1.8 Kostnader över tid och ersättningsnivå 35
2.1.9 Läkemedelsanvändning 36
2.1.10 Kvalitet 40
2.2 Sammanfattning i relation till målbilden 46
3 Val av avtalsform 49

Bilageförteckning:
Bilaga 1: Utvecklingsförslag
Bilaga 2: Referenspersoner
Bilaga 3: Läkemedelsanvändning

1 Bakgrund

Akademiskt specialistcentrum (ASC) är ett avtal och en verksamhet som utvecklats över tid. Planen för Framtidens hälso- och sjukvård presenterar flera mål och visioner för vården i regionen och där innehållet och uppdraget för ASC en del av dessa. Intentionen med planen för Framtidens hälso- och sjukvården är att vården i större utsträckning ska bedrivas utanför akutsjukhusen i syfte att ge en mer effektiv användning av resurser och ett bättre omhändertagande till patienterna.

Vård- och avtalsformen för ASC innehåller både vårduppdrag och utvecklade uppdrag för att bedriva forskning och utbildning på nya sätt utanför akutsjukhusen, att utbilda utanför akutsjukhusen, att stödja utvecklingen och införandet av nya arbetssätt med en hög patientmedverkan och samverkan med andra aktörer inom vården.

Mot denna bakgrund beslutade dåvarande landstingsfullmäktige i Stockholms läns landsting i oktober 2015 att ge i uppdrag till Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) att ansvara för sin del av den somatiska specialistvård som är nödvändig eller lämplig att flytta från akutsjukhus (LS 2015-0080-13).

SLSO har sedan år 2016, på uppdrag av hälso- och sjukvårdsnämnden (HSN), drivit Centrum för Reumatologi (CFR). Under 2017 tillkom Centrum för Neurologi (CFN) och Centrum för Diabetes (CFD) och år 2019 startades Överviktscentrum (ÖC) i SLSO:s regi. Totalt omfattar uppdraget år 2021 cirka 63 000 vårdkontakter, till en ersättning om cirka 125,5 miljoner kronor.

Rapporten är skriven utifrån ett övergripande uppföljningsperspektiv sett till avtal och verksamhet utifrån ett antal frågeställningar. I den första delen presenteras syfte och metod i rapporten, samt en bakgrundsbeskrivning till konceptet ASC och hur avtalet är konstruerat på en övergripande nivå. I den andra delen av rapporten presenteras uppföljning och analys av ASC. I den tredje, och avslutande delen, lägger förvaltningen fram sitt förslag till framtida avtalsform utifrån gällande riktlinjer.

1.1 Syfte

Att göra en uppföljning utifrån ASC:s avtalsmodell, de mål och visioner som fanns med avtalen samt ge förslag inför kommande avtalsform.

1.1.1 Frågeställningar

Projektets uppdrag och rapportens innehåll bygger på en genomgång av följande uppdrag och frågeställningar:

- Hur uppfylls målen och visionerna med avtalen?
- Uppdatera uppföljning från år 2019
- Ge förslag på framtida avtalsform

1.1.2 Avgränsningar

Rapporten är en uppföljning av ASC:s uppdrag, enskilt och som en del av ett system men inte av systemet som helhet.

Rapporten ansvarar inte för vårdsystemfrågor, men kan ge förslag om vidare utredning om det finns ett behov.

Rapporten ersätter inte den löpande avtalsuppföljningen.

1.2 Metod

Förvaltningen genomför uppföljningen ur ett beställarperspektiv. Utifrån frågeställningarna ovan kommer utgångspunkten vara i de mål och visioner som fanns med att ta fram ett akademiskt specialistcentrum på systemnivå i första hand.

Rapporten utgår framför allt från tidsperioden år 2017 till och med år 2021. Det möjliggör att täcka ett tidsperspektiv som både innefattar uppstartsfas och driftsfas för ASC, dock med påverkan från pandemiperioden år 2020–2021.

Uppföljningen grundar sig på både kvalitativa och kvantitativa källor, som redovisas under 1.2.1 Källor. Analyser har gjorts av ett bredare material än vad som redovisas i rapporten, urvalet är gjort efter vad som bäst svarar på frågorna kring hur väl målbilden för uppdraget har uppfyllts. I de fall jämförelser med andra vårdgivare med liknande uppdrag har varit möjligt har detta gjorts.

Denna rapport bygger även på visst underlag och data från den utvärdering som gjordes av ASC år 2019, där ett stort antal intervjuer genomfördes både med personer på ASC och patientföreningar.

1.2.1 Källor

En enkätundersökning har genomförts inom ramen för denna rapport. Den skickades till ASC:s patientråd med syftet att få en ökad förståelse för hur samverkan har kunnat bidra till en förbättring och utveckling av verksamheterna på ASC. Enkäten besvarades av 8 patientrepresentanter som deltar i patientrådet, totalt skickades den till 22 personer.

Det finns inget underlag för ASC i den nationella patientenkäten på grund av för få svaranden. ASC genomför egna patientenkäter som hälso- och sjukvårdsförvaltningen fått ta del av. Förvaltningen har vidare gått igenom andra relevanta källor från ett patientperspektiv så som anmälningar till patientnämnden och till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).

Statistik över vårdvolymernas utveckling, samt kostnadsutveckling, kommer från VAL. Statistik över vårdvolymernas utveckling för de aktuella patientgrupperna i hela systemet är baserad på de diagnoskoder som registrerats vid respektive besök och vårdtillfälle. Vårdhändelser redovisas för vuxna personer över 18 år för samtliga verksamheter, förutom för Överviktscentrum (ÖC) som täcker målgruppen från 16 år och uppåt.

Uttagen av kvantitativt data ur Region Stockholms vårdanalysdatabas (VAL) har gjorts på två sätt. Utifrån verksamhetsperspektivet har uppföljning gjorts på samtliga vårdkontakter som genomförts på respektive centrum. Utifrån systemperspektivet har uppföljningen tittat på förekomsten av de vanligaste diagnoserna på ASC även inom andra uppdrag. Se fotnot för respektive tabell för förteckning av urval av diagnoser. Urvalet i VAL kan påverka utfallet generellt och de bedömningar som görs. Särskilt för CFR har några alternativa urval gjorts för att säkerställa att inte enskilda diagnoser får för stort genomslag. De övergripande trenderna har varit de samma i alla olika urval som har gåtts igenom.

Statistik över väntetider till besök inom vårdgarantin kommer från hälso- och sjukvårdsförvaltningens centrala väntetidsregister (CVR). Kvalitetsresultat har hämtats ur relevanta nationella kvalitetsregister.

Data över läkemedelsförskrivningen och kostnaden för denna kommer från Läkemedelsuppföljning som är en del av Region Stockholms uppföljningsportal. Informationen där bygger på apotekens försäljningsdata.

FoUUI perspektivet grundas på tillgängliga rapporter och data kring forskning och utbildning. En rapport publicerades år 2019 av KI som redovisar både forskning och utbildning som bedrivs på ASC, samt innehåller utdrag från utvärderingar av genomförd utbildning. Underlag för utbildning kommer även från databasen KliPP. Den kvalitativa delen kring forskning och utbildning kommer från intervjuer med representanter för KI, företrädare centralt inom Region Stockholm, verksamhetsföreträdare och har tagits upp i delar av övriga intervjuer och avstämningar.

Frågor har ställts via mail till ansvariga specialistsakkunniga inom Region Stockholm om hur uppdragen fungerar, och i vissa fall har även intervjuer genomförts. En sammanställning av referenspersoner finns i Bilaga 2.

1.2.2 Pandemieffekt

Under perioden 2020 till och med våren 2022 har hälso- och sjukvården i Region Stockholm påverkats i mycket hög grad av covid-19 pandemin. Under detta tidsspann har bland annat beslut fattats om att under perioder ställa in elektiva besök. Pandemin har påverkat hur besök har genomförts inom hela vårdsystemet, både ur ett vårdgivar- och patientperspektiv. Bland annat har en övergång till distanskontakter och digitala besök skett i ökad omfattning, vilket ASC:s avtal även tidigare gett utrymme för.

1.3 Mål och visioner med akademiska specialistcentrum

Förutom budget för regionen och verksamhetsplan för hälso- och sjukvårdsnämnden är det främsta styrande dokument för hälso- och sjukvården i Region Stockholm Framtidsplanen. Genomförandet av planen påbörjades 2015 och planen är att genomförandet ska vara färdigställt år 2025.

Planen ger underlag för strukturförändringar inom vården i syfte att skapa framtidens hälso- och sjukvårdssystem. Centrala delar i de strukturförändringarna är en förskjutning av vård som inte kräver akutsjukhusens resurser till specialiserad vård utanför akutsjukhusen. Vården ska genomföras i en nätverkssjukvård i samverkan mellan vårdgivare med patienten i centrum.

I den vårdstrukturen behövde även forskning, utbildning och utvecklingsuppdrag följa med patienterna i ökad utsträckning ut till den specialiserade vården.

De ovan nämnda delarna är centrala i de grundläggande tankarna för att ta fram akademiska specialistcentrum, en enhet för universitetssjukvård utanför akutsjukhusen.

Under åren 2012–2017 ägde samverkansprogrammet 4D (D som i diagnos) rum mellan KI och regionen. Syftet med Program 4D var bland att skapa bättre förutsättningar för att integrera vård och forskning och forskningsresultaten skulle komma patienten till godo. De erfarenheter och resultatet konkretiserades i uppdragen för ASC.

1.3.1 Centrum för reumatologi (CFR)

Det första avtalet inom konceptet ASC tecknades år 2016 med SLSO för Centrum för Reumatologi. Innan dess fanns tillgången till denna vård på Karolinska Universitetssjukhuset samt Danderyds sjukhus.

Avtalet CFR (HSN 2020-1570) omfattar år 2021 cirka 28 500 vårdkontakter och har en ersättning motsvarande cirka 39 miljoner kronor.

Patientgruppen i Stockholms län ser ut som följande:

- Cirka 25 000 - 40 000 personer i Region Stockholm har kronisk ledgångsreumatism (reumatoid artrit, RA) eller liknande inflammatoriska ledsjukdomar
- Cirka 25 000 personer i regionen har inflammatoriska ryggsjukdomar
- Cirka 2 - 3 000 personer har inflammatoriska systemsjukdomar

Icke-inflammatoriska sjukdomar vanligt förekommande reumatiska sjukdomar som artros, fibromyalgi och gikt sköts huvudsakligen i primärvården, med visst stöd från specialistvården.

I beslutet (HSN 1503-0422) att införa ett Centrum för reumatologi var argumenten bland att:

- Utveckla nya arbetssätt som kan stå modell för andra specialiteter, särskilt omhändertagande av kroniska sjukdomar.
- Centrumet skulle få en central roll i nätverkssjukvården och samverka med Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset kring FoU frågor.
- Bidra till ett innovationsarbete inom regionen efter modellen från projektet 4D.

Patientgruppen förväntas öka dels på grund av ökad befolkning, dels på grund av att indikationer för effektiva läkemedel gör att fler kommer att behöva både bedömas och behandlas av en specialist inom reumatologi. Däremot minskar behovet av reumatologisk kirurgi, där patienter istället kan behandlas på sjukhus eller inom CFR:s uppdrag med effektiva läkemedel som alternativ.

1.3.2 Centrum för neurologi (CFN)

År 2017 tecknades avtalet för Centrum för neurologi. Uppdraget är avgränsat till två patientgrupper, patienter med diagnosticerad Multipel Skleros (MS) och patienter med Parkinsons sjukdom. År 2019 hade cirka 4 100 patienter i Region Stockholm diagnosen MS. I Sverige finns ungefär 20 000 personer som har Parkinsons sjukdom, vilket skulle innebära att runt 5 000 personer i Region Stockholm har sjukdomen.

Avtalet CFN (HSN 2020-1571) omfattar år 2021 cirka 15 300 vårdkontakter och har en ersättning motsvarande cirka 39 miljoner kronor.

För neurologin som helhet bedrivs specialiserad neurologisk öppenvård på Capio S:t Görans sjukhus, Danderyds sjukhus, Karolinska Huddinge. Högspecialiserad neurologi finns på NKS som även har verksamhet för barn.

Privatpraktiserande läkare verksamma enligt lag om läkarvårdsersättning ger vård till en del MS och Parkinson-patienter

I beslutet (HSN 2016-4301) att införa ett Centrum för neurologi var argumenten bland annat att:

- Centrumet skulle få en central roll i nätverkssjukvården och skapa dialog, samverkan och kompetensutveckling.
- Närhet geografiskt och verksamhetsmässigt skulle ge förutsättningar för att bedriva forskning. Särskilt ansvar att samverkan inom forskning och utbildning.

1.3.3 Centrum för diabetes (CFD)

Diabetes är en sjukdom som dels behöver behandlas för sig själv, dels ökar risken för komplikationer och följdsjukdomar. I dagsläget finns cirka 10 000 patienter med typ 1 diabetes inom Stockholms län, vilket är ASC:s primära målgrupp. ASC tar även emot patienter med svårbehandlad diabetes typ 2.

Avtalet CFD (HSN 2020-1572) omfattar år 2021 cirka 14 400 vårdkontakter och har en ersättning motsvarande cirka 21 miljoner kronor.

Vårdutbudet för patienter med diabetes ser ut som följande i Region Stockholm:

- Primärvårdens husläkarmottagningar tar framför allt hand om diabetes typ 2-patienter.
- CFD omhändertar diabetes typ 1 och typ 2 med svårbehandlad diabetes och har uppdrag inom sårbehandling, särskilt fotsår samt relaterad undersökningsmetodik som ögonbottenfoto.
- Sjukhusen ger i första hand diabetes typ 1-patienter vård samt svårbehandlad typ 2 diabetes.
- Ögonbottenfoto erbjuds för diabetespatienter inom vårdval specialiserad ögonsjukvård samt via S:t Eriks Ögonsjukhus i samverkan med primärvården.

I beslutet (HSN 2016-4301) att införa ett Centrum för diabetes var argumenten följande:

- att centrumet skulle få en central roll i nätverkssjukvården och skapa dialog, samverkan och kompetensutveckling.
- att närhet geografiskt och verksamhetsmässigt skulle ge förutsättningar för att bedriva forskning. Särskilt ansvar att samverka inom forskning och utbildning.
- att tillvarata erfarenheter från 4D, samverkan med KI kring forskning och utbildning.
- att skapa förutsättningar för teknikutveckling inom specialiteten.
- att uppnå synergieffekter med annan öppenvård för patienter som samsjuklighet.

Patientgruppen ökar med en ökad befolkning, vid försämring av levnadsvanor, att fler blir äldre och lever med svårare diabetes (typ 1) och mer komplexa följdsjukdomar.

1.3.4 Överviktscentrum (ÖC)

Enligt Region Stockholms folkhälsorapport, som senast publicerades 2019, hade år 2018 cirka 45 procent av den vuxna befolkningen övervikt eller fetma, något fler män[1].

Under år 2019 flyttades överviktscentrum från Karolinska Universitetssjukhusets regi till att ingå som ett akademiskt specialistcentrum i regi av SLSO. Förändringen var en överenskommelse mellan Karolinska Universitetssjukhuset, Region Stockholms regionledningskontor, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och SLSO (HSN 2018-1085). Förändringen följer den strategiska inriktning från Framtidsplanen, att vård som inte kräver akutsjukhusens resurser kan omhändertas inom den specialiserade vården utanför akutsjukhus.

Avtalet CFD (HSN 2020-1571) omfattar år 2021 cirka 6 400 vårdkontakter och har en ersättning motsvarande cirka 15,3 miljoner kronor.

Överviktscentrums uppdrag omfattar icke-kirurgisk behandling av personer med svår övervikt och fetma i syfte att skapa en bestående livsstilsförändring med bibehållen viktminskning. Patientgruppen omhändertas både inom primärvården och specialistvården och det finns ett stort behov av samverkan med psykiatri.

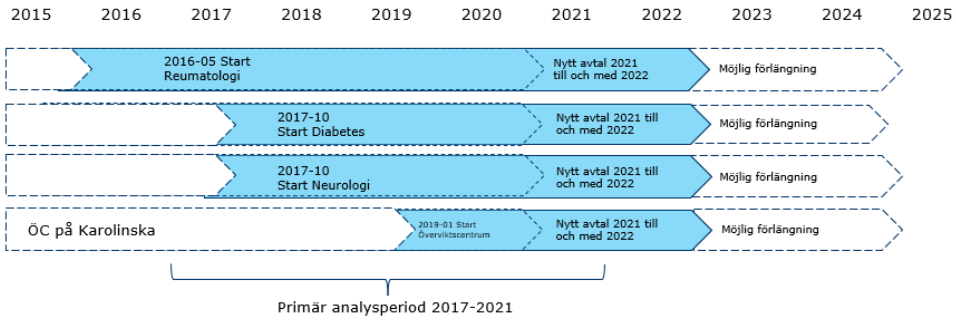
Kirurgisk överviktsbehandling finns på Ersta sjukhus och Södertälje sjukhus.

1.4 Avtalens konstruktion

Avtalen ger en konkretisering av de mål, visioner och vårdbehov som ligger till grund för avtalens uppkomst. I stort är avtalen för samtliga ASC likartade, men det finns skillnader som beskrivs nedan till exempel avseende ersättningsmodell. Den övergripande tidslinjen för avtalen, inklusive

[1] Övervikt och fetma (folkhalsorapportstockholm.se)

förlängningar beskrivs i bilden nedan.



1.4.1 Uppdragsstyrning

Vårdnivåstyrning

Inledningsvis fanns en tanke om att ASC skulle verka på en ny nivå för specialistvården, någonstans mellan akutsjukhus och primärvård.

Uppdraget styr generellt mot en specialiserad vårdnivå som inte kräver akutsjukhusets resurser eller kan utföras av primärvården eller specialiserade vårdval. Det gäller även uppdraget för CFN som definieras som högspecialiserat.

Tillgänglighet

Enligt avtal ska respektive ASC följa vårdgarantin för patientbesök. Inom Region Stockholm är gränsen för vårdgarantin 30 dagar för nybesök och 90 dagar för behandling, under pandemin har tillgängligheten för nybesök utökats till den nationella nivån på 90 dagar.

Patienternas tillgänglighet till en verksamhet visas via följsamhet till vårdgarantin till nybesök och behandling som registreras i CVR. Det ger en bild av tillgänglighet till just de besöken och för de patienter vars remisser omhändertas, för att få en total bild av tillgänglighet behöver även till exempel återbesök och telefontillgänglighet diskuteras. Utöver det finns även tillgängligheten för konsultationer för primärvården, vilket också påverkar effektiviteten i omhändertagandet av patienten i vårdsystemet som helhet och är en del av den samverkan som kravställs i avtalet.

1.4.2 Ersättningsmodell

Ersättningsmodellen är konstruerad som en ”trappa” med olika ersättning beroende på uppnådda antal vårdkontakter där respektive trappsteg representerar olika intervaller för vårdkontakter. Syftet är främst produktionsinriktat, men det finns även ett tak för hur många vårdkontakter som ersätts per år. Ersättningen är inte differentierad utifrån typ av vårdkontakt och om den sker fysiskt eller på distans. Det görs heller ingen skillnad i ersättningen beroende på vilken profession som möter patienten.

Ersättningsmodellen är relativt enkelt konstruerad, och avtalet även innehåller ett uppdrag att utveckla en ny ersättningsmodell i samverkan mellan förvaltningen och vårdgivaren. Arbetet har påbörjats och en initial genomgång

av ersättningsmodellen är genomförd. Bilaga 1 till denna rapport beskriver utvecklingsförslag för uppdraget, och däribland förslag till vidare arbete med ersättningsmodellen.

1.4.3 Kvalitetsstyrningsmodell

Uppföljning av relaterade kvalitetsmått har gjorts inom avtalsuppföljningen. I avtal ingår dock inte några utpekade kvalitetsindikatorer eller några angivna målnivåer.

1.4.4 Styrning för nya arbetssätt, patientsamverkan

I avtalet mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och ASC framgår att vårdgivaren ska ansvara för att samordna sig med patienten samt andra vårdgivare och huvudmän för att stärka, utveckla och kvalitetssäkra sitt vårduppdrag. Vårdgivaren ska vidare utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan. Utifrån intervjuer med ASC, patientföreningar och andra intressenter har en sammanställning gjorts i rapporten om hur ASC arbetar med att stimulera nya arbetssätt och hur patientsamverkan sker.

1.4.5 Styrning för forskning och utbildning

I uppdragen är uppdragen för forskning, utveckling och utbildning tydliggjorda. Uppdrag finns att bedriva forskning, att delta i utveckling av vård och läkemedel, kliniska prövningar och kvalitetsutveckling och genomförande av innovationsprojekt. Målet är att patienter ska få tillgång till vård- och behandling utifrån sina behov på en enhet som karaktäriseras av nya arbetssätt, innovativ användning av medicinsk teknik och e-hälsolösningar, hög patientmedverkan och samverkan med olika vårdgivare.

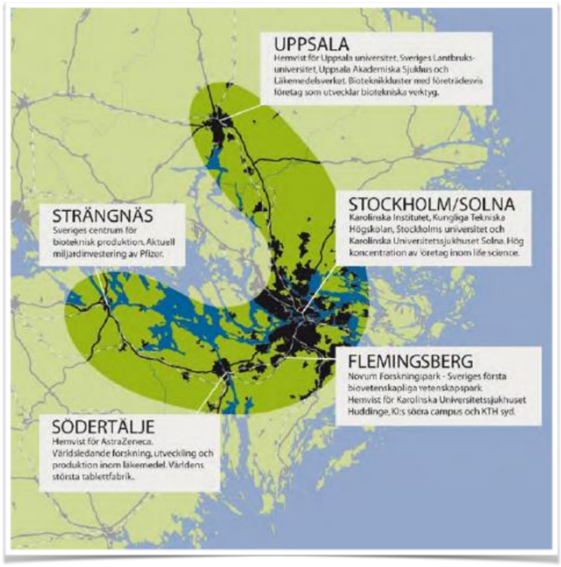
Inom utbildning ska vårdgivaren bedriva utbildning på grund och avancerad nivå, ta emot läkare för ST utbildning och medverka med handledning och skapa en miljö som har förutsättningar att ge en kvalitativ utbildning som lever upp till respektive utbildnings examenskrav.

I tjänsteutlåtanden och bakomliggande material till avtalen så framgår att KI är en viktig samverkanspart som också ska vara med och finanseria delar av forskningsverksamheten (HSN 1503-0422).

1.4.6 Geografi

Samtliga akademiska specialistcentrum ligger samlade i samma hus vid Torsplan i Stockholms innerstad. I samma hus finns Akademiskt Primärvårdscentrum (APC) och på samma gata återfinns både Nya Karolinska Universitetssjukhuset och Karolinska Institutets lokaler. Här finns även representation för det som kallas ”life science”. Det vill säga, underlaget för att ingå i och vara med och skapa en geografisk knutpunkt för innovation för vård

och hälsa[2], se bild 1 och 2. Utredningarna 3S och 4D visar på att denna typ av geografiska kluster med aktörer både från offentlig sektor, privat näringsliv och forskning ger goda förutsättningar för utveckling av forskning och innovation. I första hand diskuteras Karolinska Universitetssjukhusets roll vid utflytten av vård som tidigare bedrivits där, men även i det förberedande arbetet för ASC pekas den geografiska närheten i lokalerna ut som en särskilt väsentlig faktor för att skapa förutsättningar för att upprätta en forskningsmiljö (HSN 2016-4301). I rapporten diskuteras kort den geografiska dimensionen både ur ett verksamhets och patientperspektiv, båda faktorer som påverkar avvägningar inför ett nytt avtal.




Hagastaden; Stockholms life science-kluster

Bild 1: Lokalisation i Hagastaden som är en del i ”Stockholm-Uppsala Bio-region”. Källa: Fördjupad översiktsplan Karolinska-Norra station, Stockholm Stad. Bild 2: Satellitbild över hagastaden och Stockholms life sceince-kluster. Källa: Region Stockholms Life science-strategi (2019) RS 2019-0751.

[2] Region Stockholm (2019) Life science strategi, RS 2019-0751 lsstrategi_210607.pdf (regionstockholm.se)

1.4.7 Omvärldsförändringar

Akademiskt specialistcentrum infördes som en del av Framtidsplanens genomförande, och skapade förutsättningar för att föra ut vård från akutsjukhusen och skapa en möjlig ny nod i nätverkssjukvården. Framtidsplanen är fortsatt den övergripande strategin för Regionens hälso- och sjukvård.

Tillkommande styrande principer framöver för vården är till exempel:

- Perspektivrapporterna från Hälso- och sjukvården 2040
- Nationell kunskapsstyrning, nya riktlinjer och vårdprogram från RPO och NPO.

2 Uppföljning och analys

2.1 Uppföljning i relation till mål och visioner med avtalen

Avsnittet redovisar uppföljningens resultat utifrån ett antal nyckelparameterar som identifierats. Varje avsnitt innehåller en övergripande del som sammanfattar hela temaområdet, och vid behov har sedan delar eller enskilda centrums resultat redovisats för sig under enskilda rubriker.

2.1.1 Forskning, utbildning, utveckling och innovation (FOUUI)

Implementeringen av Akademiskt specialistcentrum (ASC) tillkom i samband med införande av Nya Karolinska sjukhuset (NKS) då alltmer öppenvård förflyttades från regionens akutsjukhus till andra vårdformer.

I intervjuer med företrädare från Region Stockholms ansvariga för FoUU-frågor och KI framkommer en generell bild av att ASC bedriver en bra och nödvändig FoU verksamhet inom den vårdsstruktur som utvecklas inom regionen. Flera använder ord som ”förebild” och ”det goda exemplet” för forskning inom den specialiserade vården utanför akutsjukhusen. Mycket aktivitet har kunnat flyttas till ASC över tid, och ny aktivitet har kunnat startas på ASC. En ytterligare aspekt som lyfts är att det tar tid att bygga en akademisk kultur, det kräver kontinuitet och långsiktighet.

ASC är en godkänd universitetsjukvårdsenhet (USV-enhet) i enlighet med ALF avtalet som trädde i kraft 1 januari 2015. I detta ställs krav på regionen att i avtalet med Karolinska Institutet om samarbete runt FoUU bedriva verksamhet även utanför Universitetssjukhuset. I ASC uppdraget har ställts krav på att verksamheten skulle bli en USV enhet. Som USV-enhet bedriver ASC forskning, utbildning, utveckling och innovation (FoUUI) som en del av kärnverksamheten

och väl integrerat i vården. USV-enheten har en organisation, en infrastruktur och handlingsplaner som gynnar ett starkt arbete vilket ger förutsättningar för en personcentrerad vård av hög kvalitet samt en utvecklande dynamisk arbetsmiljö för medarbetarna.

Socialstyrelsen har gjort en utvärdering[3] av då befintliga universitetssjukvårdsenheter för perioden 1 januari 2015 – 31 maj 2017. Intentionen är att det ska göras en utvärdering vart fjärde år så en ny utvärdering planeras under 2022. Vetenskapsrådet ska även göra en motsvarande uppföljning.

Uppföljningen har visat på att det fanns utmaningar i starten med forskningsdelen för ASC, men att det har utvecklats till en väl fungerande verksamhet som kommer hela regionen till godo. ASC är kreativa när det gäller att utveckla nya arbetssätt och bedriva vård med hjälp av andra yrkeskategorier. Vidare är ASC även framgångsrika med sin utbildningsstruktur och är till exempel den enda enheten i regionen som kan erbjuda utbildning i digital vård för ST-läkare. Företrädare för FoUUI inom Region Stockholm hänvisar även till det goda omdöme som ASC får från patientorganisationer inom respektive medicinska område.

FoUUI-verksamheten behöver enligt de intervjuade kontinuitet och långsiktighet, vilket innebär att det är viktigt att värna om den FoUUI-struktur som nu finns på ASC. Verksamheten är fortsatt till viss del under uppbyggnadsfas.

ASC:s uppdrag lyfts också som en brygga för FoUUI uppdraget och särskilt vad gäller forskning och som kunskapscentrum gentemot primärvården. Det senare är en utveckling som även stärks av att verksamheten bedrivs av SLSO. SLSO anger även att de ser kommande möjligheter att förstärka forskningssamverkan mellan ASC och andra verksamheter som SLSO ansvarar för.

Uppstartsfasen och finansiering

I intervjuer med representanter inom forskning framkommer att FoUUI-strukturen inte utvecklats tillräckligt väl vid införandet av den nya öppenvårdsstrukturen inom Region Stockholm. En i stort välfungerande vårdstruktur som givit förutsättningar för effektiv forskning har påverkats av att stora patientgrupper flyttats till den specialiserade öppenvården utanför akutsjukhus utan att FoU delarna har följt med på ett adekvat sätt. Det har påverkat möjligheterna till att genomföra och utveckla forskning och utbildning inom Regionen.

ASC:s uppdrag är mer utvecklat inom dessa delar men det framkommer att delar saknades även vid uppstarten av uppdraget år 2017. Till exempel fanns uppges att den regionala styrningen och samordningen kring FoU aktiviteter först kommit i gång de senaste åren, att infrastruktur tillhör Karolinska och att

[3] Utvärdering av universitetssjukvård (socialstyrelsen.se)

forskning kräver lokaler, laboratorieverksamhet och en kritisk massa av forskare, som det tar tid att bygga upp.

En viktig pusselbit i att få forsknings- och utbildningsuppdraget inom den specialiserade vården är finansieringen. Från verksamheten anses dock att ersättningsmodellen idag ger utrymme att bedriva en akademisk och utvecklingsinriktad verksamhet.

Initialt slöts en överenskommelse om att 20 procent av finansieringen skulle komma från KI och resterande från HSF (HSN 1503-0422). Utfallet har blivit att ASC från start finansierades med cirka tre miljoner från KI. Finansieringen har utökats i takt med att ASC:s verksamhet växt. KI har även bidragit med projektledare inom utbildning. KI hade och har dock inga pengar att lägga in i separata avtal så som överenskommelsen såg ut initialt. I intervjuer framgår att det ses som att forskningsaktiviteter delvis subventioneras av Karolinska gällande infrastruktur som lokaler och laboratorium, dels av vårduppdraget. ALF-medel på ASC omsätter i dagsläget ca tre mkr per år för respektive enhet reumatologi, neurologi och diabetes (totalt ASC ca 9 miljoner kronor).

Mycket av de forskningsstudier som beskrivs är finansierade av anslag från utomstående aktörer, stiftelser och läkemedelsföretag, vilket är medel som kommer ASC till del via respektive studie beroende på upplägg.

Forskning

Karolinska Institutet gjorde år 2019 en utvärdering av forsknings- och utbildningsverksamheten vid ASC[4]. Övergripande beskrivs förändringen som framgångsrik både sett till de pågående studier som flyttats över till ASC och de som påbörjats på ASC. ASC beskrivs numera som en av de största läkemedelsprövningsenheterna inom Region Stockholm. En sammanfattning av antalet studier 2019 samt deltagande patienter, redovisas i tabell 1 nedan.

	CFD	**CFN**	**CFR**
Ungefärligt antal patienter vid respektive centrumbildning	1 600	2 450	6 000
Antal pågående akademiska studier	11	24	11
Varav industrisponsrade	2	15	2
Antal patienter som deltar i studier (ej unika)	639	2 091	10 103

Tabell 1: sammanställning av forskningsverksamhet baserat på KI utvärderingen.

Samverkan har enligt KI:s rapport utvecklas för att dra nytta av kunskaper kring strukturer kring forskningsprojekt som uppföljningsstrukturer, dokumentation, digitala verktyg och biobanking.

Forskning kring läkemedelseffekter har lett till att åtgärder kunnat införas för att förbättra både patientens utfall och kostnadseffektivitet. ASC beskriver också hur dessa förändringar sprids till andra vårdgivare, som akutsjukhusen med liknande uppdrag.

[4] Karolinska Institutet Dnr: 1-566/2019

Flera forskningsmeriterade personer har över tid valt att gå över till ASC från Karolinska, men det har inte varit helt lätt att föra över personer enligt de intervjuade. ASC uppger att de i dagsläget har 6 förenade anställningar som delas med Karolinska.

I intervjuer med KI har vad som beskrivs som internationellt ledande forskning inom MS av och i samverkan med ASC. Studierna beskrivs ha stor klinisk betydelse och verksamheten bedriver både kliniska och läkemedelsstudier. För Parkinson patienter finns väletablerad samverkan kring forskning mellan KI och ASC. Forskningen som har förts över till ASC beskrivs i grunden som välfungerande, men med möjliga utvecklingsdelar med de högspecialiserade öppenvårdsdelarna och att alla personalkategorier ska komma i kontakt med forskningen, vilket även gäller utbildningen.

Inom reumatologi beskrivs utvecklingen av forskningsverksamheten positivt, där både existerande forskning och tillkommande delar har utvecklats. Särskilt lyfts utvecklingen inom området ”digital medicin”, som ökar patientcentreringen samt möjlighet till inflytande i vården samt ur förvaltningens synpunkt stämmer väl överens med ASC utvecklingsuppdrag inom digitalisering och nya arbetssätt.

För överviktscentrum beskrivs att möjligheten till att bedriva verksamheten är god efter övergången till SLSO:s regi. Möjligheten att utveckla digitala verktyg och struktur för biobanking är områden som har utvecklats, samt möjligheten att inkludera nya studentgrupper i verksamheten och forskningen.

Utbildning

ASC har både verksamhetsförlagd utbildning inom grundutbildningen, samt tar emot läkare för ST-tjänstgöring. Inom verksamheten finns en adjungerad klinisk adjunkt (AKA) sjuksköterska, men verksamheten inom ASC anser att en lärartjänst skulle gynna utbildningsverksamheten lokalt och för att stärka den pedagogiska delen av utbildningen.

Utbildning har under perioden utvecklats för flera studentkategorier, men majoriteten av studentveckorna är för läkarstudenter. Färre studenter kommer från andra program och det har de senaste åren blivit en minskning av antalet från sjuksköterskeprogrammet. (Se diagram 1) Studenterna kommer i huvudsak från Karolinska Institutet, ett fåtal från Uppsala universitets dietistprogram.

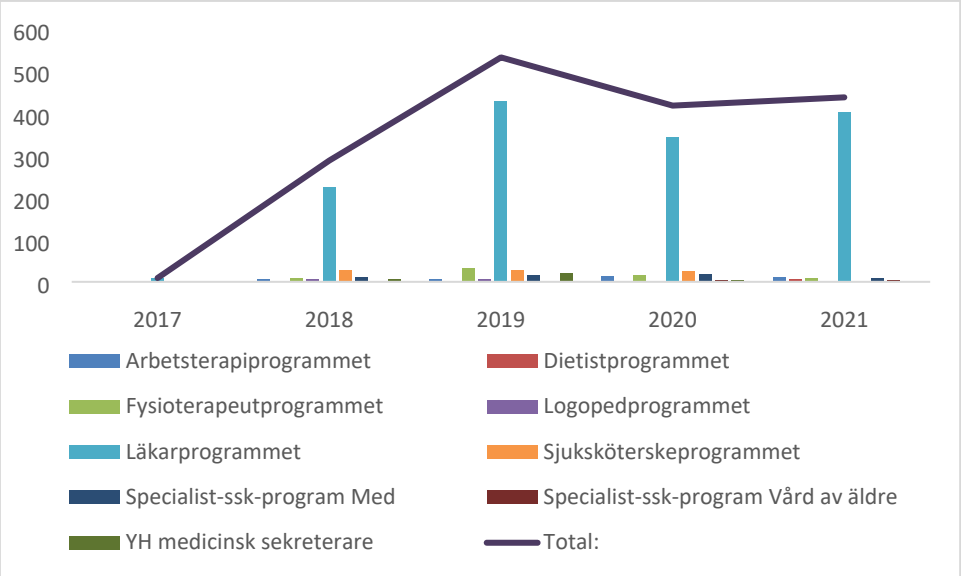


Diagram 1: antalet studentveckor under perioden år 20217- 2021 per studentkategori. Källa: KliPP

I utvärderingen av KI från 2019 gjordes bedömningen att verksamheten gav mycket goda förutsättningar för högkvalitativ, studentaktiverande verksamhetsförlagd utbildning/verksamhetsintegrerat lärande (VFU/VIL) med tydlig forskningsanknytning. Bedömningen gjordes att det finns stora möjligheter att utveckla utbildningsaktiviteterna, vilket fortsatt stödjs i intervjuer som gjorts inom ramen för denna rapport.

Specialisttjänstgöringstjänster (ST) för läkare finns tilldelade två stycken, inom neurologi respektive reumatologi. Öppenvårdsuppdraget samt den elektiva verksamheten ger goda förutsättningar för utbildning. Eftersom man endast kan erbjuda utbildning runt delar av en specialitet krävs det mycket samordning med andra vårdgivare för att få ihop hela utbildningsprogrammet.

Ansvariga för VFU inom HSF uttrycker att de insatser som ASC gör inom utbildningsområdet är förtjänstfulla. Det finns emellertid ett önskemål om att fler studenter skulle ges möjlighet att praktisera inom verksamheterna på ASC. Ett exempel som även verksamhetsföreträdare på ASC föreslår är inom psykiatrin. Det finns en potential och god vilja till mer utbildningsinsatser, men för att få till det krävs utökning vad gäller avsatta personalresurser för utbildning och större lokaler på ASC.

Socialstyrelsen har ett planeringsunderlag[5] som beskriver tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom samtliga specialiteter. I underlaget framgår att reumatologer är färre än vad som efterfrågas, och där det också förespås många pensionsavgångar. Stockholm har färre reumatologer än riksgenomsnittet i förhållande till sin befolkning. Bristen gäller även neurologer som det tycks finnas fler av men att det är många som kombinerar kliniskt

[5] Bilaga 2. Tillgång och efterfrågan på specialistläkare inom samtliga specialiteter – Nationella planeringsstödet 2021 (socialstyrelsen.se)

arbete med forskning samt att det saknas ST-tjänster. Bilden bekräftas också av att ASC angivit svårigheter att rekrytera.

Utveckling och innovation

Rubriken hänger till viss del ihop med det underlag som presenteras under 2.1.2 Nya arbetssätt. Utöver det deltar ASC enligt verksamheten på olika mötesplatser för innovations samverkan, till exempel regional samverkan kring läkemedel (LIF Sthlm mötesplats läkemedel) och med Karolinskas innovationsplatsen. ASC deltar också i SLSO:s interna innovations- och utvecklingsarbete.

Innovationsarbete lyfts också av verksamhetsföreträdare på ASC som en av de delar som är gemensamma mellan de olika centrumen, och det finns samröre särskilt kring patienter som riskerar ett sämre sjukdomsutfall på grund av faktorer som psykisk samsjuklighet.

2.1.2 Nya arbetssätt

Underlaget i denna rapport visar på att uppdraget och avtalsmodellen ger utrymme för att arbeta med och stimulera nya arbetssätt, från små till större idéer som även har fått spridning till andra vårdgivare.

I dialoger med verksamhetsföreträdare och ledningspersoner på ASC och SLSO framkommer en bild av en utvecklingsdriven enhet. Ledningen prioriterar och ger tid för utvecklingsinitiativ och jobbar med snabba förändringscykler. Beskrivningen att det är uppmuntrat att prova idéer, utvärdera och göra om och gärna i samverkan med patienter. Omfattningen på exemplen som visas varierar, ett exempel är flerpartssamtal med flera vårdgivare via video med specialister från både njurmedicin och diabetes som börjar med att testas för tre patienter. Möjligheter att sprida denna typ av initiativ undersöks enligt ASC, och ofta är det ersättningsfrågan som är det mest svårlösta, vilket bromsar spridningen av goda exempel till patienterna inom primärvården.

ASC arbetar med digital verksamhetsutveckling, med exempel som att ha varit en del i att ta fram och utveckla appen ”Alltid öppet” som nu används storskaligt inom Region Stockholm.

Arbetssättet utgår från tvärprofessionella team i stor utsträckning, vilket beskrivs ge ett ökat lärande mellan olika professioner och ger patienten ett samlat omhändertagande.

Akademiskt specialistcentrum började tidigt bedriva vård på distans, vilket avspeglar sig i besöksstatistiken med en hög andel distanskontakter. Det möjliggjorde även att ASC under pandemin snabbt kunde ställa om till en ökad andel digitala kontakter för fler patienter med hjälp av etablerade arbetssätt.

Inom vissa områden där vård i ökad omfattning utförs utanför akutsjukhusen har digitala verktyg och gemensamma arbetssätt utvecklats för att täcka behovet av kunskap inom diabetes till exempel på NKS av konsultationer för hjärtpatienter. Det är ett arbetssätt som ASC beskriver kan utvecklas, samt efterfrågas, men att dagens avtal inte ger utrymme för att täcka behovet.

I SLSO:s övergripande verksamhetsplan för år 2022 anges det att ASC har ett särskilt uppdrag att utveckla och sprida kunskap inom SLSO kring FoUUI frågor, samverkan med patienter samt inom nätverkssjukvården.

Medarbetarperspektivet

Medarbetare på ASC beskriver att verksamheten präglas av att vara en enhet med täta relationer till patienterna och ett utpräglat arbetssätt byggt på teamarbete. Det vardagliga arbetet upplevs som lösningsfokuserat och förändringsförslag från personalen tas tillvara och kan genomföras snabbt. Många medarbetare har länge haft en uppfattning att de redan arbetar tillsammans i nätverk men utflytten från sjukhusen (främst från Karolinska Universitetssjukhuset) samt den långa perioden av pandemi har lett till samarbetet mellan olika enheter har utvecklats ytterligare.

ASC har de senaste åren haft höga resultat på medarbetarindex. Resultaten ligger högre än genomsnittet för SLSO.

Patientsamverkan

I ASC:s uppdrag ingår att utveckla nya arbetssätt, innovativ användning av medicinsk teknik och e-hälsolösningar, omhändertagande, hög patientmedverkan och samverkan med olika vårdgivare och patientföreningar. Patientperspektivet lyfts tydligt i avtalsmodellen och har enligt underlaget som redovisas nedan gett positiva resultat som även sprids vidare till, eller rekommenderas att spridas till andra vårdgivare.

I intervjuer med företrädare för ASC framgår att patienternas erfarenhet betraktas som avgörande för verksamheten, vägledande i prioriteringar och förändrade arbetssätt och ett patientcentrerat arbete har satts upp som ett viktigt mål i verksamheten. Företrädare för ASC:s olika centrum beskriver patientperspektivet som viktigt för verksamhetsutvecklingen. Nedan beskrivs arbetet med ett patientråd, patientenkäter och underlag från patientnämndsärenden. Utöver det inhämtas synpunkter och förslag till förbättringar från patienterna på mottagningarna, till exempel i en brevlåda i väntrummet.

Patientrådet

På ASC finns idag ett patientråd som är en formellt sammansatt grupp med patient-, brukar- och/eller närståendeperspektiv. Rådet ska tillsammans med företrädare för ASC:s verksamheter diskutera och påverka frågor som rör den aktuella utvecklingen för att bidra till att förbättra hälso- och sjukvården. Ett patientråd med deltagare från 12 olika patientföreningar har etablerats, med möten cirka 6 gånger per år för att diskutera utvecklingen på ASC. ASC har en kontinuerlig samverkan med patientrådet för synpunkter på områden som behöver förbättras och hur ASC tillsammans med patientrådet kan stödja människor med kronisk sjukdom.

En enkätundersökning, med syfte att få underlag för bedömning av hur patientrådet fungerar som metod för patientsamverkan, genomfördes i mars 2021 inom ramen för denna utvärdering. Sammanställningen av enkätsvaren visar på en hög patientnöjdhet rörande patientrådet och deras samverkan med

ASC. Upplevelsen skiljer sig beroende hur möjligheten att delta på patientrådets möten har sett ut. De som inte kunnat delta så ofta har upplevt det svårare än de som regelbundet är delaktiga. Det som upplevs svårt är att engagera frågorna i sina egna patientorganisationer med medlemmar som inte ingår i ASC patientrådet. Alla som svarade på enkäten hade stora förhoppningar om ett fortsatt bra samarbete tillsammans med ASC och patientrådet. Två citat från patientrepresentanterna får illustrera beskrivningen av hur arbetet fungerar idag och vad som fungerar bra:

”Inte mycket som kan göras annorlunda, jag har varit patientrepresentant under många år, och upplever att det här sättet att jobba som ett av de bättre. Det bästa! Inte minst för nätverkandets skull, lätt att hitta rätt mellan mötena”

”Involvering och att de inom verksamheterna har prioriterat att vara med. Att vi via rådet har kunnat utbytt erfarenheter och att vi har kunnat bidra både på rådets möten men att även annat har kommit upp där vi har kunnat utveckla vår samverkan med de olika klinikerna inom enheten”

Patientrepresentanterna i rådet lyfter många positiva saker med rådet såväl som förslag till förbättring. Nedan är ett urval av dessa synpunkter.

- Sprida goda exempel inom hälso- och sjukvården, så att fler kan arbeta på liknande sätt.
- Komplettering med ett samverkansråd för de enskilda diagnoserna för att kunna lyfta sakfrågor som är viktiga för dem.
- Workshops där patientföreträdare diskuterar hur de ska bidra till ASC:s verksamhet.
- Introduktion för nya patientföreträdare i patientrådet där man tydliggör kraven på deltagande och vad man förväntas ta med sig från sin verksamhet.

Patientenkäter

Det finns inget underlag för ASC i den nationella patientenkäten på grund av för få svarande. Verksamheten genomför istället en egen patientenkät som ger ett patientperspektiv, och möjlighet till verksamhetsutveckling som återkopplas till verksamheten. De resultat som Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har tagit del av från 2021 års undersökning bedöms tillfredställande, till exempel skulle 4,7 av 5 rekommendera ASC till någon i samma situation.

Patientföreningar har också varit aktiva och haft representanter på mottagningarnas väntrum för att möta patienter, det arbetet har dock varit pausat på grund av pandemin. Ett annat sätt att få in synpunkter är via en brevlåda på mottagningen.

Patientnämndsärenden och IVO ärenden

Antal ärenden som helhet för ASC är få, men för de enskilda centrumen finns en spridning. CFN har inga registrerade ärenden under perioden år 2017–2021, CFD har 3 ärenden, ÖC har 2 och CFR har 19 ärenden.

CFR har flest ärenden kopplade till vård och behandling, samt kommunikation. I de fall det har begärts in har CFR återkommit med yttranden, samt där det behövts kommit med förlag till lösningar till exempel byte av patientansvarig läkare. Ärendena fördelar sig mellan 0–7 per år, i förhållande till 25 000 besök per år.

CFR har också fått en IVO anmälan, Lex Maria om fördröjd diagnosticering som är avslutat med en av IVO angiven ”tillfredställande utredning”. Det finns även ett klagomål registrerat för CFR hos IVO.

2.1.3 Geografiska aspekter

Två geografiska perspektiv kring ASC är viktiga både för patienter, medarbetare och vårdsystemet som helhet. Dels var i regionen patienter kommer ifrån, dels hur den geografiska placeringen av ASC har spelat roll för vårduppdrag, FoUUI uppdrag samt för medarbetare.

Patienter från hela länet

Besöksdata från VAL-databasen[6] över var i länet patienter kommer ifrån visar på att alla uppdrag utom CFD har ett i stort regionövergripande uppdrag. Patienter från hela regionen omhändertas på ASC, vilket också är eftersträvansvärt eftersom till exempel ÖC är den enda vårdgivaren i regionen med det uppdraget. ÖC har mer patienter från söderort, vilket också stämmer med underlaget kring folkhälsa och socioekonomiska påverkansfaktorer[7].

En stor andel av CFD:s patienter är från närområdet, vilket stämmer överens med vårdstukturen där diabetespatienter omhändertas även hos andra vårdgivare. CFDs uppdrag är på många sätt ett övertag av det uppdrag som fanns på Karolinska Solna.

Lokalisering

Lokaliseringen till Hagastaden med närhet till NKS och Karolinska institutet beskrivs som avgörande av de flesta intervjuade, särskilt de som arbetar med forskning, men även för de som har delad tjänstgöring mellan Karolinska Universitetssjukhuset och ASC.

Representanter från Karolinska Institutet lyfter behovet av hubbar, både för att samla patienter som kan delta i forskning, men också infrastruktur och effektivitet när det kommer till biobanking. Enligt ASC finns det under våren år 2022 cirka 15 forskargrupper som är beroende av närheten till ASC för att på ett effektivt sätt kunna forska kring sjukdomsmekanismer, behandlingseffekter och patienternas erfarenheter. Det beskrivs också som en viktig del av att kunna omsätta resultaten i vården.

Lokaliseringen har av olika källor beskrivits som en fördel och nackdel, när det gäller forskning och utbildning då det möjliggör att personal kommer över till

[6] Alla besök på respektive centrum som registrerats i VAL-databasen, framför allt år 2019 har analyserats.
[7] https://www.folkhalsoguiden.se/nyheter/mer-an-halften-med-obesitas-far-ingen-diagnos/

ASC, men också att de har en kvar sin anställning och tillhörighet till Karolinska Universitetssjukhuset.

2.1.4 Nätverkssjukvård

ASC har numera stora volymer av patienter med samma diagnos vilket ger goda förutsättningar för en effektiv vård, hög kunskap i teamen och möjligheter till samverkan, genom att professioner som arbetar i den kliniska vardagen även ges goda förutsättningar för en klinisk forskning inom verksamheten.

Samverkan med andra vårdgivare

Nuvarande avtal kräver skriftliga samverkansöverenskommelser med vårdgrannar vilket i dagsläget inte uppfylls. I intervju med ASC hänvisar de i stället till arbetet med en mängd olika samarbetspartner. ASC har kontinuerlig dialog med primärvården, främst via företrädare på Akademiskt primärvårdscentrum (APC) men även i andra forum. En utmaning är att företrädare för primärvården ger en bild av kapacitetsbrist exempelvis ska primärvården delta i ett stort antal nya SVF (standardiserade vårdförlopp).

Exempel på områden som kan utvecklas avseende samverkan med andra vårdgivare är patienter med diabetes som skulle kunna behandlas på sin hemmottagning i primärvården men med stöd av ASC, En annan del som lyfts är att samverkan med slutenvården på akutsjukhusen skulle kunna förbättras, till exempel genom att i ökad utsträckning ha personal som har delad tjänstgöring.

Uppdraget för ASC innefattar att utveckla kunskap kring kronikergrupper och hur de bäst behandlas. ASC ska även enligt uppdraget sprida sådan kunskap vidare vilket exempelvis görs genom utbildning till primärvården. I synnerhet erbjuds utbildningar till primärvården avseende diabetes- och obesitaspatienter.

En annan del av samverkan är att bidra med konsultationer utifrån sitt specialistområde. ASC beskriver att de bidrar med konsultationer till primärvården kring enskilda patienter och med stöd för remisser och urval av patienter. I underlag från RPO primärvård förefaller tillgängligheten till konsultationer relativt god.

I och med att ASC i de flesta verksamheter är jämbördiga med sjukhusens öppenvårdsmottagningar är samverkan med sjukhusen väl utvecklad, bland annat i gemensam samverkan i olika RPO. Viss samverkan sker med aktörer i vårdvalsutbudet, främst inom neurologi, hud, och rehabilitering. Samverkan kring primärvårdsrehabilitering beskrivs positivt både från primärvårdens sida och ASC.

För att rätt patienter ska komma till rätt vårdgivare och ha rätt genomförda utredningar kräver samverkan, och där beskriver ASC hur de är aktiva i att jobba med att rätt utredningar ska vara gjorda innan patienter kommer till ASC, bland annat genom att skriva tydliga svar på remisser. Från RPO Reumatologi beskrivs även hur det regionala programområdet är ett forum för att samverka

kring medicinska prioriteringar och inkommande remisser mellan akutsjukhusen och ASC.

2.1.5 Vårdstrukturförändringar

Antalet individer med ASC:s diagnoser ökar i systemet eftersom befolkningen ökar och personer lever längre. Generellt sker ökningen på ASC och motsvarande specialistvård som Ersta sjukhus samt i primärvården, vilket ligger i linje med den strategi som Framtidens hälso- och sjukvård (FHS) stipulerar. Avtalsmodellen har gett möjlighet att ge vård till de tänkta patientgrupperna samt att även föra med delar av FoUUI uppdrag. I vissa fall tycks ASC:s uppdrag omhänderta tillkommande individer, som hämmar den ökning som annars hade skett inom akutsjukhusens uppdrag, dvs. ett ökat antal remisser med påföljande behov av vårdkontakter.

För samtliga patientgrupper[8] har den andel som omhändertas på akutsjukhus minskat och den andel som ges vård på ASC ökat. Intervjuer med specialistsakkunniga inom respektive område styrker genomförandet av att flytt från att patienter besökt och behandlats på akutsjukhus till specialiserad vård utanför akutsjukhus. Underlag som ytterligare styrker att patienter flyttas från akutsjukhusen är intervjuade personers berättelser, att remisser kommer därifrån (i den mån de registreras i GVR), samt analys av förändringar inom patientgrupperna baserat på underlag i VAL-databasen.

Särskilt har uppdraget funnits att patienter ska flyttas från Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, vilket gjorts genom remittering, eller att ASC övertagit väntelistor. Även i de fall där både antalet besök och individer inte påverkats lika tydligt på akutsjukhusen, så verkar tillväxten inom patientgrupperna sett till individer ske på ASC och ibland på Ersta diakoni samt Södertälje sjukhus. Över hela uppföljningsperioden har dock antalet individer på akutsjukhusen minskat, dock har i många fall antalet besök per individ i stället ökat. Generellt gäller för alla patientgrupperna att nya vårdprogram och behandlingsrekommendationer, läkemedelsutveckling, medicinteknisk utveckling och rekommendationer påverkar vårdbehovet och arbetssätt hos alla vårdgivare.

En del av besöken kommer från annan specialiserad vård, särskilt inom reumatologi och neurologi där det finns läkare verksamma inom lagen för läkarvårdsersättning (LOL) samt vårdval neurologi vars uppdrag förändrats under perioden.

Ett ökat behov av vård för aktuella kronikergrupper framkommer också i underlag från ASC avseende antal remisser som kommer till verksamheterna. Inkommande remisser har mellan åren 2020 och 2021 ökat med 35 procent för CFR, 20 procent för ÖC och för CFD har antalet ökat med 12 procent, enbart CFN har ett relativt stabilt inflöde under de sista tre åren. Som även diskuteras under avsnittet 2.1.6 Tillgänglighet görs en medicinsk prioritering av remisser,

[8] Analys utifrån de vanligaste diagnoserna på ASC, sett till besök och antal individer i hela vårdsystemet.

och i många fall på samma grunder som på akutsjukhusen för samma diagnoser.

Att skapa ASC beskrivs ha både fördelar och nackdelar sett till omhändertagandet av patienterna. En nackdel som beskrivs är att det är en begränsning av de diagnoser inom specialiteterna som sjukvårdspersonalen träffar, samt att slutenvårdsdelarna blir kvar på akutsjukhusen. Det ger dock möjlighet att fokusera på dessa patientgrupper, ett gott underlag för forskning på en elektiv vårdenhet. För personalen är det också en fördel att inte behöva täcka jourer och vård under årets alla dagar, som inom akutsjukhusuppdraget.

Inom vissa områden har ASC haft svårt att rekrytera personal från akutsjukhusen, till exempel inom neurologi och reumatologi. Att personal kommer från andra delar av vårdstrukturen till ASC ger också, enligt verksamhetsföreträdare, goda möjligheter till samverkan med andra vårdgivare och framför allt akutsjukhusen.

Vårdstrukturförändringar CFR

Under perioden har antalet individer som ges vård inom akutsjukhusuppdraget samt ASC ökat med cirka 18 procent. Framför allt tycks tillkommande individer ges vård på ASC, eftersom antalet individer minskar både på akutsjukhus och inom övrig specialiserad reumatologisk vård.

Från år 2017 minskar antal individer som omhändertas på Karolinska Solna och Huddinge, och sammantaget har antalet individer som omhändertas på akutsjukhusen i hela regionen minskat med tre procent under perioden. Individer minskar permanent på Karolinska Solna men besöken ökar igen. Att patienter som tidigare omhändertogs på Karolinska systematiskt flyttades till ASC bekräftas av verksamhetsföreträdare på båda enheterna.

ASC:s patientunderlag tycks även komma från verksamma läkare inom LOL som under perioden har minskat sin verksamhet med cirka 1 000 individer och 2 av 6 läkare har inga registrerade besök de senaste två åren. I ARV-databasen finns dock inte möjligheten att sortera ut besök efter diagnos, så minskningen är en total minskning, och inte enbart för de diagnoser som jämförs för övriga uppdragstyper. Intervjuunderlaget tyder dock på att delar av det uppdraget nu omhändertas på ASC.

Antalet individer inom dessa diagnoser har ökat, men besöken har ökat desto mer, och besök per individ ligger på samma nivå på akutsjukhus som på ASC. Förklaringar till det är behovet av antal återbesök som vårdprogrammet stipulerar. Ett nytt vårdprogram för reumatiska inflammatoriska sjukdomar gäller från och med år 2019. Vårdprogrammet vidgar kriterierna för läkemedelsbehandling och ställer ökade krav på återbesök.

Vidare inleddes verksamheten på CFR med “öppna dörrar” för primärvårdsremisser och i viss mån för patienter med hjälp av egenremiss. Över tid har detta visat sig vara allt för icke-funktionellt då tillströmningen av remisser vida överstiger beställda vårdvolymer. I dagsläget verkar ASC i stort på en vårdnivå som tycks motsvara akutsjukhusens uppdrag inom reumatologi,

och samverkan sker enligt sakkunnig inom reumatologi med sjukhusens mottagningar kring medicinska prioriteringar av remisser.

Förändringar i läkemedelsbehandlingar påverkar också, antal patienter som behandlas, med vilka typer av läkemedel. Cirka tio procent av besöken som registreras med åtgärder är infusionsbehandlingar av läkemedel för reumatologi.

Tabell 2 visar på förändringar för individer, besök samt besök per individ för respektive uppdragstyp med samma reumatologiska huvuddiagnoser som finns på CFR.

Uppdragstyp		2017	2018	2019	2020	2021
150 Reumatologi	individer	3 693	5 288	5 855	6 344	6 249
	besök	12 413	19 804	22 624	24 732	24 185
	besök/individ	3,4	3,7	3,9	3,9	3,9
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus	individer	9 218	8 752	8 778	8 947	8 983
	besök	34 405	30 097	34 523	35 253	35 208
	besök/individ	3,7	3,4	3,9	3,9	3,9
210 Reumatologi	individer	2 650	2 557	2 298	2 079	1 670
	besök	9 012	8 943	8 524	7 279	6 389
	besök/individ	3,4	3,5	3,7	3,5	3,4

Tabell 2: Antal individer, besök, samt besök per individ för tre olika uppdragtyper inom reumatologi. Urval: Huvuddiagnoskoder (ICD-10) M05, M06, M07, M08, M09, M12.2, M12.3, M12.8, M13, M45, 46.0, M46.1, M46.8, M46.9. Obs! att samma urval inte kan göras för läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning (LOL) 210 Reumatologi, så den innefattar totalt antal besök inom det uppdraget.

Husläkaruppdraget har en viss ökning av antal individer som har diagnosen reumatologi, dock omhändertas personer med reumatologi framför allt inom specialistvården, både för diagnosticering och behandling. Besök per individ förefaller vara konstant.

Uppdragstyp		2017	2018	2019	2020	2021
300 Husläkarverksamhet	individer	3 297	3 409	3 446	3 066	3 527
	besök	4 555	4 799	4 916	4 492	5 108
	besök/individ	1,4	1,4	1,4	1,5	1,4
311 Primärvårdsrehabilitering	individer	691	758	860	709	797
	besök	4 777	5 579	5 703	3 859	4 675
	besök/individ	6,9	7,4	6,6	5,4	5,9
313 Fysioterapi, specialiserad	individer	497	634	702	578	640
	besök	4 226	5 558	5 758	3 785	4 636
	besök/individ	8,5	8,8	8,2	6,5	7,2

Tabell 3: Primärvådsuppdrag där patienter med samma urval av diagnoser som i tabell 2 förekommer.

Besöken på akutmottagning på akutsjukhusen för personer med huvuddiagnos inom reumatologi har minskat under perioden, men samtidigt ökat på närakuterna enligt tabell 4. En viss minskning under pandemiperioden.

	2017	2018	2019	2020	2021
Intensivakut		4	6	5	1

Vuxenakut	474	348	272	162	198
Närakut*	213	573	831	594	730

Tabell 4. Antal besök på akutmottagning för personer med reumatologiska huvuddiagnoser enligt urval tabell 2. *I hopslagning av uppdragstyp 146 Närakut och 249 Närakut

Antal slutenvårdstillfällen för patientgruppen har minskat på akutsjukhusen, och en jämförelse mellan 2015 och 2021 ger en större förändring. Det kan grunda sig på både förändringar i vårdutbud, samt behandlingsmetoder.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sjukhus	571	465	369	354	337	259	291

Tabell 5: slutenvård för patienter med huvuddiagnos enligt urval i tabell 2.

Vårdstrukturförändringar CFN

En tydlig förändring och överföring av besök och individer från akutsjukhusens uppdrag till ASC inom patientgrupperna MS och Parkinson. Både besök och individer har minskat på akutsjukhusen och tycks motsvaras av ökningen på ASC. Företrädare från verksamheterna bekräftar förändringen. CFN har remisskrav från neurolog.

Uppdragstyp		**2017**	**2018**	**2019**	**2020**	**2021**
ASC Neuro	individer	1 019	2 426	2 677	2 870	2 936
	besök	1 719	9 946	13 445	15 296	14 428
	besök/individ	1,7	4,1	5,0	5,3	4,9
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus	individer	5 156	3 739	3 544	3 465	3 592
	besök	19 894	12 896	12 370	11 898	11 309
	besök/individ	3,9	3,4	3,5	3,4	3,1
LOL	individer	4 729	4 729	5 091	4 169	2 605
	besök	11 996	11 996	13 282	11 968	9 198
	besök/individ	2,5	2,5	2,6	2,9	3,5

Tabell 6: Besök och individer per uppdragstyp med huvuddiagnos MS eller Parkinson.

År 2017 stängde två neurologiska mottagningar i Region Stockholm som tillhörde vårdvalet, vilket har lett till ett ökat antal nybesök. Under perioden tycks två av sex läkare inte längre vara verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning (LOL), eftersom de inte har registrerat några besök.

Slutenvården för patientgruppen ligger under perioden år 2017 till och med år 2021 relativt oförändrad enligt tabell 7.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Sjukhus	750	555	600	597	636	547	593

Tabell 7: Antal slutenvårdsbesök för patienter enligt urval i tabell 6.

Akuta besök, tabell 8, på akutmottagning har minskat under perioden, och motsvarande ökning finns inte på närakut eller annan inrättning

Uppdragstyp	2017	2018	2019	2020	2021
Intensivakut		2	15	12	10
Akutmottagning	216	148	134	69	104

Närakut		10	6	10	7

Tabell 8: Antal slutenvårdsbesök för patienter enligt urval i tabell 6.

Vårdstrukturförändringar CFD

Patienter med en huvuddiagnos som är diabetes (typ 1, 2 samt övrig diabetes) finns i hela vårdsystemet. Det går att konstatera att den delen som tillhör primärvården samt specialiserad ögonsjukvård är de som till stor del bidrar till en volymökning på cirka 20–25 procent under perioden 2017 till och med 2021. Möjliga förklaringar är ökat antal patienter, förbättrad diagnossättning inom uppdraget och förändrade arbetssätt där diabetespatienter omhändertas på nya sätt.

CFD startade under oktober år 2017, och från och med 2018 har andelen besök med huvuddiagnos diabetes som omhändertas där i förhållande till hela vårdsystemet varit relativt konstant. Sett alla diabetsbesök omhändertar CFD cirka fyra procent av det totala antalet (2019), för typ 1 är motsvarande andel 19 procent.

Övergripande har en utflytt av framför allt individer till ASC:s uppdrag skett från akutsjukhus. En övergripande sammanställning utifrån uppdragstyp visas i tabell 9 och 10. För diabetes typ 1 har en geografiskt avgränsad utflytt skett då ASC framför allt har tagit över NKS patienter. NKS besök med diabetes typ 1 har minskat från cirka 1 400 individer år 2017 till cirka 100 individer år 2021. De akutsjukhus som ökat antal individer inom sitt uppdrag med huvuddiagnos diabetes typ 1 är Ersta sjukhus och SÖS (ökat med cirka 800 individer totalt under perioden). Fler och fler lever längre med diabetes och följdsjukdomar, samt att antalet diagnosticerade blir fler i takt med att befolkningen ökar.

Uppdragstyp		2017	2018	2019	2020	2021
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus	individ	8 848	7 614	8 024	8 176	8 374
	besök	21 413	17 799	20 543	21 337	22 298
	besök per individ	2,4	2,3	2,6	2,6	2,7
626 Diabetes, ASC	individ	784	1 519	1 659	1 715	1 776
	besök	1 318	5 790	6 932	7 494	8 141
	besök per individ	1,7	3,8	4,2	4,4	4,6

Tabell 9: Besök och individer för patienter med typ 1 diabetes.

För diabetes typ 2 sker mer av en systemeffekt där många patienter övertas från akutsjukhusen av både ASC och Ersta. Ett fåtal patienter registreras fortfarande med en diabetes typ 2 diagnos som huvuddiagnos på NKS, trots att uppdraget är borttaget. På akutsjukhusen som helhet minskar antalet individer med 32 procent samt med 18 procent för besök.

ASC har jämförelsevis ett högt antal besök per individ, både för diabetes typ 1 och 2. Anledningar till det ligger bland annat i olikheter i uppdrag, ASC har till exempel ett tydligare uppdrag kring sårbehandling samt ögonbottenfoto. En

annan anledning kan vara hur verksamheterna jobbar med distanskontakter och återkoppling.

Uppdragstyp		2017	2018	2019	2020	2021
182 Sjukhusvård	individ	4 029	2 957	2 888	2 607	2 747
	besök	10 754	7 563	8 012	7 804	8 832
	besök per individ	2,7	2,6	2,8	3,0	3,2
ASC	individ	204	662	722	749	903
	besök	2 185	2 459	2 720	2 349	2 966
	besök per individ	3,1	6,1	6,7	4,5	4,8

Tabell 10: Besök och individer för patienter med huvuddiagnos diabetes typ 2.

Akuta besök har minskat totalt för patienter där diabetes är huvuddiagnos, framför allt består minskningen av patienter med diabetes typ 2, enligt tabell 11.

Uppdragstyp	2017	2018	2019	2020	2021
Barnakut	1	4	2	4	2
Intensivakut		2	6	3	1
Akutmottagning	646	565	531	410	390
Närakut	45	110	89	89	71

Tabell 11: besök på akutmottagningar med huvuddiagnos diabetes typ 1 eller typ 2.

Slutenvården för alla patienter med diabetes som huvuddiagnos minskade med cirka 100 vårdtillfällen mellan år 2017–2021. I jämförelse med 2015 är minskningen ca 300 vårdtillfällen med diabetes som huvuddiagnos (tabell 12).

Uppdragstyp	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus	1898	1826	1633	1619	1602	1482	1563

Tabell 12: slutenvårdstillfällen med huvuddiagnos diabetes typ 1 eller diabetes typ 2.

Majoriteten av diabetes typ 2 patienter omhändertas inom primärvården, och antalet individer och besök ökar under perioden med cirka 9 000 individer och 27 000 besök enligt tabell 13. För typ 1 sker inte samma förändring, eftersom de patienterna i större omfattning omhändertas av den specialiserade vården, dock ökar även antalet individer (+ ca 200 individer) även där.

Uppdragstyp			2017	2018	2019	2020	2021
300 Husläkarverksamhet	Diabetes typ 1	individ	1 381	1 464	1 564	1 381	1 580
		besök	2 185	2 459	2 720	2 349	2 966
		besök per individ	1,6	1,7	1,7	1,7	1,9
	Diabetes typ 2	individ	60 929	66 279	70 737	64 295	69 464
		besök	128 078	149 163	165 643	143 029	155 218
		besök per individ	2,1	2,3	2,3	2,2	2,2

Tabell 13: Diabetes typ 1 och typ 2 inom husläkarverksamheten.

Vårdstrukturförändringar ÖC

Överviktscentrum utgör en verksamhetsövergång från Karolinska Universitetssjukhuset till ASC, där både antalet besök och individer i stort är de samma som innan förändringen. För en översikt av förändringen se tabell 14.

ÖC har ökat från cirka 950 individer 2019 till 1020 individer år 2021. ÖC är den enda enheten som har icke-kirurgisk behandling av fetma.

Antalet individer som diagnosticeras med en fetmadiagnos ökar i regionen med cirka 2 200 individer (nästan 94 procent), särskilt i primärvården under perioden. Det kan bero på att antalet med en fetmadiagnos ökar, men även bättre diagnossättning. ÖC:s uppdrag som kunskapscentrum för utbildning och konsultationer till primärvården att omhänderta patienter med övervikt och fetma blir särskilt viktigt med den ökningen av individer. Det är ett gott exempel på viktiga vårdsamband och beroenden i en övergång till en mer nära vård i enlighet med Framtidsplanen. Det gäller även samverkan i övergången till rehabilitering, samt samverkan med psykiatrin.

Även inom specialistvården på akutsjukhus ökar besöken efter år 2019 igen, men inte på Karolinska utan på Ersta sjukhus och Södertälje sjukhus som är kirurgiska enheter för obesitaskirurgi. Sjukhusuppdraget ökar med nästan 250 individer under perioden.

Uppdragstyp		2018	2019	2020	2021
631 Överviktscentrum	individer		946	912	1021
	besök		6011	6076	5988
	besök/individ		6,4	6,7	5,9
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus	individer	1009	672	1082	1230
	besök	5468	912	1520	1961
	besök/individ	5,4	1,4	1,4	1,6

Tabell 14: besök och individer, patienter med huvuddiagnos fetma på grund av kaloriöverskott (E660) inom specialistvården.

Slutenvården för patienter med huvuddiagnos fetma har under perioden ökat, hela ökningen finns på Ersta sjukhus samt Södertälje sjukhus (se tabell 15). Akuta besök finns i princip inte registrerade för patientgruppen.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
182 Sjukhusvård/Akutsjukhus	22	97	71	24	261	347	472

Tabell 15: slutenvård patienter med huvuddiagnos fetma på grund av kaloriöverskott (E660).

2.1.6 Tillgänglighet

Tillgänglighet kan mätas i förhållande till vårdgarantin för nybesök (CFR, CFN, CFD) och behandling (ÖC) som mäts i det centrala väntetidsregistret (CVR). En annan aspekt på tillgänglighet är tillgängligheten till återbesök. En annan aspekt på tillgänglighet är remissinflödet och de patienter som faktiskt sedan omhändertas inom uppdraget.

Diagram 2 nedan visar antal patienter som fått nybesök eller behandling inom vårdgarantins gränser för hela ASC. Antalet som fick vänta längre var många under år 2017 samt 2018, och nybesöken många. I uppföljning samt intervjuer så förklaras det dels att det är en uppstartsperiod, dels att många av de patienter som väntade övertogs från andra vårdgivare och väntetiderna följde med dem. I mitten av år 2019 till slutet av 2020 har andelen i tid varit god för ASC. Under

år 2021 har andelen inom 30 dagar minskat, dock har vårdgarantin under covid-19 pandemin förlängts till 90 dagar. Under år 2021 fick ca 93 procent vård inom 90 dagar på ASC.

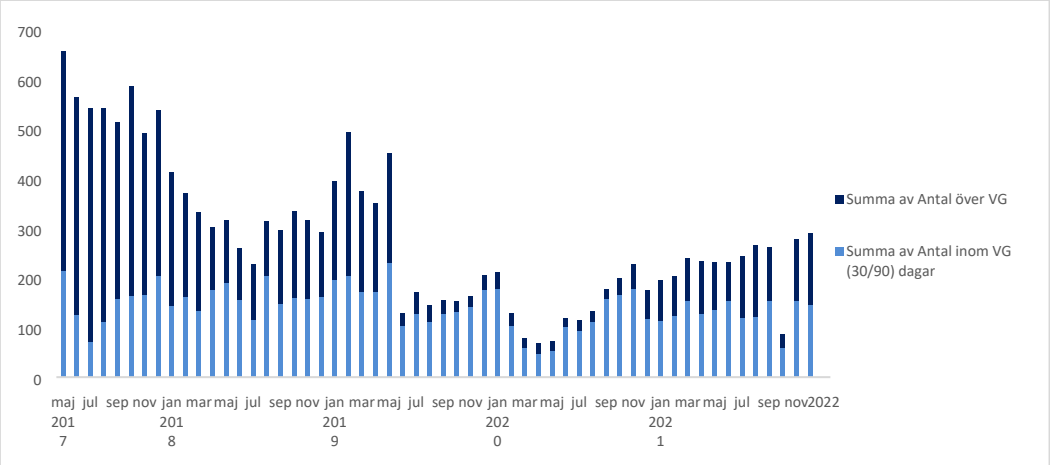


Diagram 2: Antalet väntande totalt inom och över vårdgarantin (Obs! 30 dagar nybesök CFR, CFN, CFD och 90 dagar för ÖC, inte justerad för förändrad vårdgarantigräns under år 2020-2021 på grund av pandemin)

ASC har en låg andel nybesök för alla centrum. År 2021 hade CFR 6,5 procent ny besök, CFD 1,54 procent, CFN 2,05 procent och ÖC 6,69 procent, vilket har flera förklaringar. En är patienter med kroniska sjukdomar som kommer till ASC i många fall behöver återbesök, för att utreda och kartlägga sjukdomen och för behandling och uppföljning. Antalet återbesök styrs bland annat av vårdprogram, och inom till exempel reumatologin sätter det höga krav på antalet återbesök.

Antalet remisser som kommer in till ASC har ökat över tid för alla delar av verksamheten, och en medicinsk prioritering görs löpande. I underlag från primärvården via RPO primärvård förekommer synpunkter på att det är svårt att få in patienter på ASC:s olika centrumdelar[9], men att när patienter väl är inne på ASC upplevs de få god vård. Både primärvårdsrepresentanter och ASC beskriver att de undersökningar som förväntas göras innan remiss är en faktor som leder till att remisser inte tas emot.

Utglesning av återbesök är ett sätt att öppna upp för möjligheten till fler nybesök som ASC enligt verksamhetsföreträdare arbetar med.

Tillgänglighet inom reumatologi

Antalet väntande till reumatologiska nybesök har totalt ökat något under perioden, och andelen som får besök inom 30 dagar har varierat något under perioden enligt tabell 16. Antalet som väntar på akutsjukhusen har

[9] Gäller ej CFN eftersom primärvården enligt uppdrag i avtal samt enligt viss.se inte får remittera direkt till CFN.

sammantaget minskat, från i snitt 158 väntande per månad år 2017 till 75 väntande per månad år 2021.

Under covid-19 pandemin har gränsen för vårdgarantin höjts till 90 dagar. På CFR fick 99 procent vård inom 90 dagar år 2020 och 2021.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CFR	Totalt antal väntande	0	0	554	228	164	81	121
	Antal inom 30 dagar	0	0	152	113	112	73	79
	Andel inom VG 30 dagar			27%	50%	69%	89%	65%
sjukhus	Totalt antal väntande	169	183	158	109	76	104	75
	Antal inom 30 dagar	137	149	124	95	70	66	71
	Andel inom VG 30 dagar	81%	82%	78%	87%	93%	63%	94%

Tabell 16: Reumatologi. Antal väntande samt antal och andel patienter som fått besök hos specialist inom 30 dagar (månadssnitt).[10]

Tillgänglighet inom neurologi

I förhållande till vårdgarantin har hela den neurologiska vården ett utfall som ligger under vårdgarantin i Regionen, se tabell 17. Patienter som väntar på sjukhusvård har minskat något i samband med att CFN startade, vilket även gäller väntande till den specialiserade neurologin. Väntande inkluderar hela den neurologiska vården, och tillgängligheten för just de diagnoser som CFN omhändertar går inte att urskilja.

Under covid-19 pandemin har gränsen för vårdgarantin höjts till 90 dagar. På CFN fick 84 procent vård inom 90 dagar år 2020, och 87 procent år 2021.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CFN	Totalt antal väntande				84	70	17	37
	Antal inom 30 dagar				45	22	6	16
	Andel inom VG 30 dagar				53%	32%	36%	43%
sjukhus	Totalt antal väntande		608	490	471	395	290	711
	Antal inom 30 dagar		351	338	303	263	203	320
	Andel inom VG 30 dagar		58%	69%	64%	67%	70%	45%
specialiserad neurologi	Totalt antal väntande		533	1147	763	834	609	444
	Antal inom 30 dagar		113	179	229	249	160	157
	Andel inom VG 30 dagar		21%	16%	30%	30%	26%	35%

[10] Sjukhus som ingår: Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset inklusive NKS
Urval: 18 år eller äldre, 2015-2018, SKL-text Reumatologi
ASC: Uppdragstyp 150 Reumatologi, Uppdrag (producent) 20002 Centrum för reumatologi
Akutsjukhus: Urval Sjukhus, Uppdragstyp 182

Tabell 17: Väntande till nybesök till neurologi (läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning registreras inte i CVR)[11]

Tillgänglighet inom diabetesvården

Andelen patienter som väntar enligt CVR är därmed få, och de väntar relativt ofta över vårdgarantin, se tabell 18. Antalet patienter som väntar totalt på specialiserad diabetesvård verkar ha minskat något på sjukhusen och Ersta 2018–2019 när CFD startade, men år 2021 är antalet väntande sammantaget i Region Stockholm fler än tidigare. Det kan vara ett resultat av pandemin, att fler får diagnosen diabetes, samt att det är svårt för verksamheterna att hålla väntetiderna.

Förhållandet mellan nybesök och återbesök kan också återspegla hur arbetssätt påverkar utfallet, samt besök per individ.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
CFD	Totalt antal väntande	0	0	0	12	16	24	45
	Antal inom 30 dagar	0	0	0	8	7	15	9
	Andel inom VG 30 dagar	-	-	-	67%	47%	65%	20%
sjukhus	Totalt antal väntande	251	267	248	217	193	269	332
	Antal inom 30 dagar	219	221	213	183	171	225	268
	Andel inom VG 30 dagar	87%	83%	86%	84%	88%	83%	81%
Ersta	Totalt antal väntande	55	47	25	27	24	36	39
	Antal inom 30 dagar	38	31	21	25	22	33	36
	Andel inom VG 30 dagar	70%	65%	85%	92%	91%	92%	91%

Tabell 18: Utdrag ur CVR för Diabetes. Antal väntande samt antal och andel patienter som fått besök hos specialist inom 30 dagar (månadssnitt). Väntande totalt och inom vårdgarantin på CFD samt på akutsjukhusens och Erstas diabetesmottagningar[12].

ASC anger att de ständigt gör en medicinsk prioritering av de som väntar, men också att förbättring av andelen som få tid inom 30 dagar är ett prioriterat arbetsområde.

Tillgänglighet överviktscentrum

Väntande till CVR 219 Behandling övervikt på ÖC, akutsjukhus, och Ersta sjukhus. Enligt tabell 19 nedan har väntande i länet till behandling för övervikt ökat totalt och andelen som får behandling i tid har minskat på akutsjukhusen samt Ersta som erbjuder kirurgisk behandling, till viss del förefaller det vara en pandemieffekt. För den icke-kirurgiska inom Överviktscentrums uppdrag är tillgängligheten fortsatt god, även under pandemin.

[11] Sjukhus som ingår: Capio S:t Göran, Danderyds sjukhus, Karolinska universitetssjukhuset, Södersjukhuset. Urval: 18 år eller äldre, 2015-2018, SKL-text Neurologi. ASC: Uppdragstyp 625 Neurologi ASC, Uppdrag (producent) 20004 Centrum för neurologi. Akutsjukhus: Urval Sjukhus, Uppdragstyp 182. Vårdval specialiserad neurologi: Uppdragstyp 616, Neurologi specialiserad öppenvård

[12] År 2015-2021. SKL-text Endokrinologi inkl diabetes
ASC (Uppdragstyp 626, uppdrag (producent) 20003 Centrum för diabetes. Sjukhus (Uppdragstyp 182) Karolinska, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus.
Data för Ersta sjukhus uppdragstyp 182, CVR kod Enkokrinologi.

		2017	2018	2019	2020	2021
ÖC	Totalt antal väntande	0	0	48	20	33
	Antal inom 90 dagar	0	0	48	20	31
	Andel inom VG 90 dagar			100%	99%	96%
sjukhus	Totalt antal väntande	42	38	31	49	68
	Antal inom 90 dagar	41	37	30	26	14
	Andel inom VG 90 dagar	98%	97%	95%	53%	20%
Ersta	Totalt antal väntande	187	152	184	274	391
	Antal inom 90 dagar	116	117	145	125	149
	Andel inom VG 90 dagar	62%	77%	79%	46%	38%

Tabell 19: Överviktscentrum. Antal väntande samt antal och andel patienter som fått behandling (både kirurgisk och icke-kirurgisk) inom 90 dagar (månadssnitt). Väntande totalt och inom vårdgarantin inom ÖC samt akutsjukhusens och Erstas uppdrag[13]

2.1.7 Utförd vård ASC

I uppdraget till ASC ingår att utveckla arbetssätt för distanskontakter och digitala vårdkontakter, och ASC har sedan start jobbat med digitala kontakter vilket gav ett försprång i att öka andelen ytterligare när pandemin inleddes. Möjligheterna skapades bland annat genom att alla kontakter har haft samma ersättning. En särskild åtgärdskod finns för videobesök, och andelen för hela ASC var år 2017 nästan 0 procent och år 2021 11,5 procent.

Även gruppbesök har använts, särskilt inom diabetes innan pandemin och anses ge mervärde för patienterna som också kommer i kontakt med andra i samma situation.

Den höga andelen distanskontakter och med en ersättningsmodell som ger samma pris per kontakt ger möjlighet och utrymme för ASC att utveckla verksamheten, enligt företrädare. Det finns emellertid en skepsis från andra intervjuade om den höga andelen distanskontakter på ASC och att telefonbesök ersätts på samma nivå som ett fysiskt besök hos andra vårdgivare.

En relativt stor andel av totalt antal besök saknar åtgärdskoder (totalt 32 procent av 63 000 besök). Registrering av åtgärdskoder ger information om innehållet i vårdkontakterna, och det som framgår är distanskontakter, telefonkontakter och läkemedelsinjektioner. Från ASC kommer information om att telefonkontakter kan ha dessa innehåll till exempel:

- Avancerad rådgivning om läkemedel, biverkningar
- Uppföljning av sjukdomsaktivitet
- Uppföljning av insatta läkemedel
- Screening av samsjuklighet, till exempel kardiovaskulär sjukdom
- Rådgivning om sjukdomen
- Rådgivning om egenvårdsinsatser
- Avancerad rådgivning om levnadsvanor
- Kvalitetsregisteruppföljning

[13] År 2015-2021. SKL-text Överviktsbehandling
ASC (Uppdrag 163 Överviktscentrum) Sjukhus (Uppdragstyp 182)
Data för Ersta sjukhus uppdragstyp 182, Inrättning Ersta sjukhus

- Uppföljning av FaR och andra rehabiliteringsinsatser
- Stödjande samtal

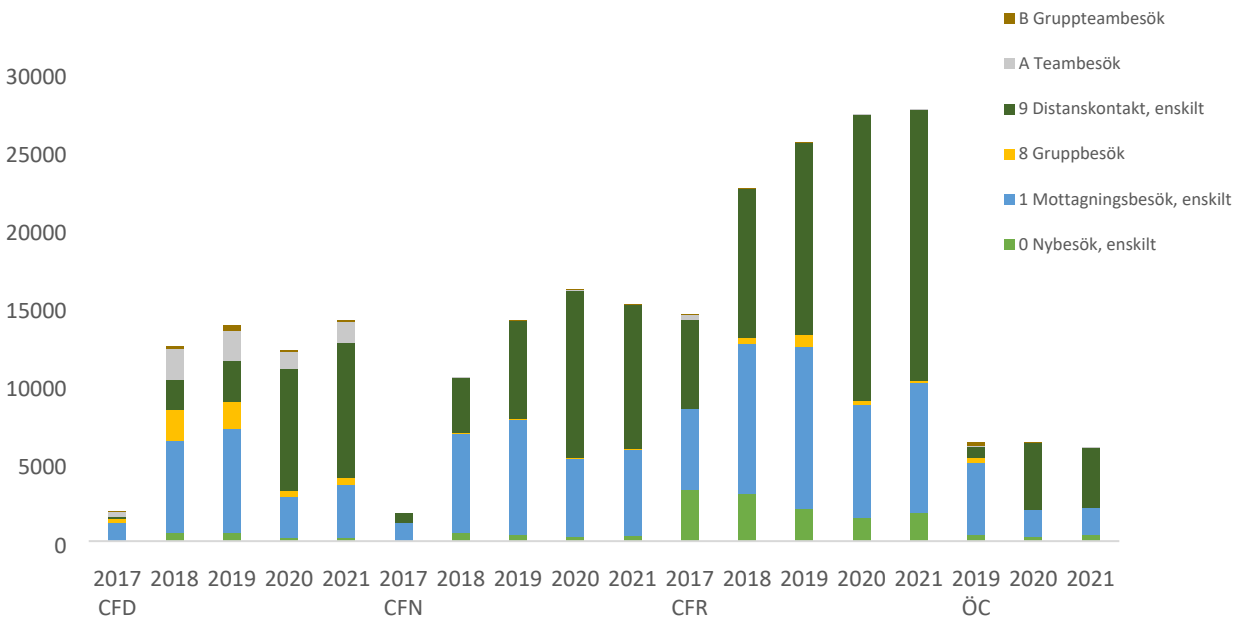


Diagram 3: samtliga vårdkontakter efter besökstyp, per år fördelat per centrum inom ASC uppdrag.

Som även diskuteras under rubriken 2.1.6 Tillgänglighet är andelen nybesök låg inom samtliga centrum.

Inom alla centrum motsvarar diagnossättning målgruppen och uppdraget. I intervjuer och från sakkunniga framgår generellt att rätt patientgrupper tas emot, det vill säga på rätt vårdnivå.

2.1.8 Kostnader över tid och ersättningsnivå

Konstruktionen av ersättningsmodellen beskrivs under 1.4.2. Varefter uppdraget till ASC som helhet har utökats har vårdkontakter samt kostnader ökat. Enligt tabell 17 nedan. År 2021 omfattar avtalet cirka 125,5 mkr och 67 000 vårdkontakter. Utvecklingen är enligt vad som förväntats och utfallet ligger nära det totala tak för antal vårdkontakter. Ersättningsmodellen med ett tak för respektive centrumbildning ger förutsättningar för en god kostnadskontroll. För att tillgodose patientgruppernas behov av vård samt ett ökat inflöde av remiser till samtliga verksamheter har ett flertal tilläggsbeställningar gjorts över tid.

År (inkluderade centrum)	**2017 (CFR)**	**2018 (CFR, CFD, CFN)**	**2019 (alla)**	**2020 (alla)**	**2021 (alla)**
Totalt (tkr)	33 333	79 833	98 652	114 561	125 589

Tabell 17: Total ersättning ASC:s samtliga delar under perioden.

Ersättningsnivå

En jämförelse mellan ersättningsnivåer enligt olika avtal försvåras av att uppdrag och ersättningsmodell skiljer sig mellan olika avtalsformer. Sjukhusens kostnader för olika patientgrupper ersätts inte separat utan ersätts utifrån DRG. Nedanstående tabell 18 visar dock att ASC får högre ersättning per vårdkontakt än vad avtal inom vårdval berättigar till samt ersättningen till läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning (LOL). ASC erhåller emellertid lägre ersättning per vårdkontakt än vad akutsjukhusen får. ASC:s kostnad per vårdkontakt redovisas för högre respektive lägre tak, beroende på det totala antalet vårdkontakter som driver

Beräkningen utgår ifrån DRG kostnader för respektive uppdrag eller relevant klinik, exklusive läkemedel och medicinsk service. För neurologi har HSF kostnadsansvar för medicinsk service över 6,5 mkr. År 2021 uppgick den totala summan för medicinsk service till cirka 17 mkr varav HSF stod för cirka 11 mkr. Fördelat per vårdkontakt så skulle det öka priset för CFN med cirka 600 kronor per vårdkontakt. Inom vårdvalet har vårdgivarna 20 procent kostnadsansvar.

Kostnad (en vårdkontakt)	Reumatologi	Neurologi	Diabetes	Överviktscentrum
Akutsjukhus (snitt)	3 589	5 228	3 159	
Ersta			1 928	
Vårdval neurologi*		1 499		
LOL-läkare	1 273	1 384		
ASC (lägre tak)	1 538	1 959	1 564	2 598
ASC (högre tak)		2 177	1 741	2 887

* Endast läkarbesök (blir lägre med en sammanvägning av alla besökstyper)

Tabell 18: Beräkning av kostnad per vårdkontakt enligt avtal och ersättningsmodeller. Ersättningen är beräknad utifrån DRG-ersättning exklusive kostnader för läkemedel samt medicinsk service.

2.1.9 Läkemedelsanvändning

Avsnittet ger en översiktlig bild av läkemedelsanvändning och kostnad för respektive centrum. För detaljer kring de vanligaste läkemedlen se bilaga 3. Mindre jämförelser görs med uppdrag på akutsjukhusen men skillnader i uppdrag och patientgruppernas sammansättning gör att de bör tolkas med viss försiktighet.

Generellt för ASC:s verksamhet så stämmer läkemedelsanvändning samt förskrivning väl överens med vad som är förväntat för respektive uppdrag. Uppföljningen visar på att ASC arbetar aktivt med läkemedelsanvändning och förskrivning för att uppnå kostnadseffektivitet och patientnytta. Styrning och uppföljning sker enligt läkemedelskommitténs riktlinjer. Samordnad uppföljning och diskussion i samverkan med HSF har gett förutsättningar för kostnadseffektivitet.

Enligt avtal har hälso- och sjukvårdsnämnden kostnadsansvaret för läkemedel som förskrivs och rekvireras via ASC. Sjukhusen bär helt kostnadsansvar för rekvisitionsläkemedel och öppenvårdsläkemedel. De vårdgivare som verkar inom vårdval specialiserad neurologi har kostnadsansvar för

rekvisitionsläkemedel (med undantag för ett läkemedel). Beställaren har kostnadsansvar för receptförskrivna läkemedel.

ASC har omfattande läkemedelskostnader och en genomlysning har gjorts inom förvaltningen för att införa kostnadsansvar, detta har inte varit möjligt på grund av ett allt för stort antal faktorer som ASC inte har möjlighet att påverka. Trots uteblivet kostnadsansvar, fortsatt läkemedelsutveckling, breddade indikationer för insättning samt ett ökat antal doser har kostnaderna för biologiska läkemedel ändå minskat. Uppföljningen visar att läkemedelshanteringen är välskött med god följsamhet till läkemedelsverkets rekommendationer.

Läkemedelsanvändning Centrum för Reumatologi, CFR

Läkemedelsanvändning och förskrivning stämmer väl överens med förväntat för CFR:s uppdrag. Behandling av patientgruppen innefattar infusionsbehandlingar och andra läkemedelsbehandlingar, och tidigare har en stor andel biologiska läkemedel använts som har en hög kostnad. Den stora skillnaden under avtalsperioden för läkemedel är en ökad förskrivning av TNF hämmare (Humira, Enbrel) och övergång till biosimilarer. Förändringen har skett både ASC, och även på andra större reumatologiska mottagningar. Kostnaderna är betydligt längre än för biologiska läkemedel, jämförelsepris ca 140 000 per år och patient och 20 000 per år och patient.

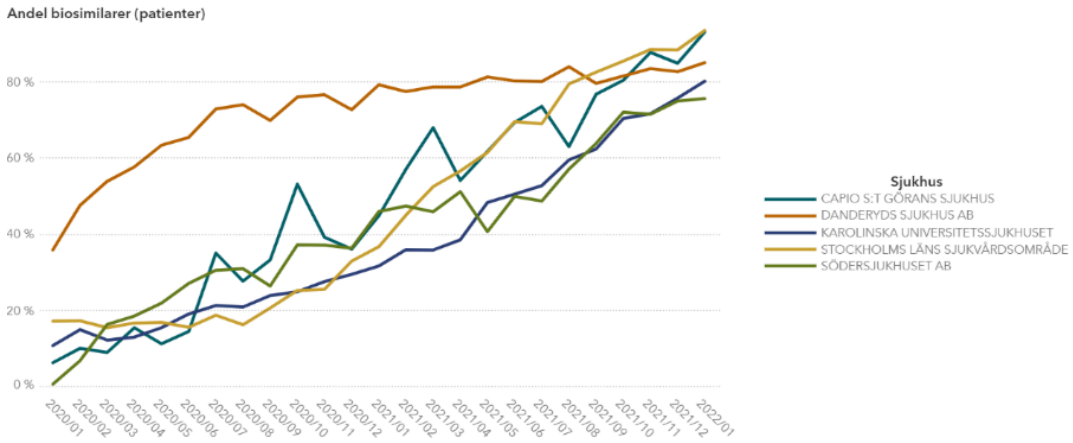


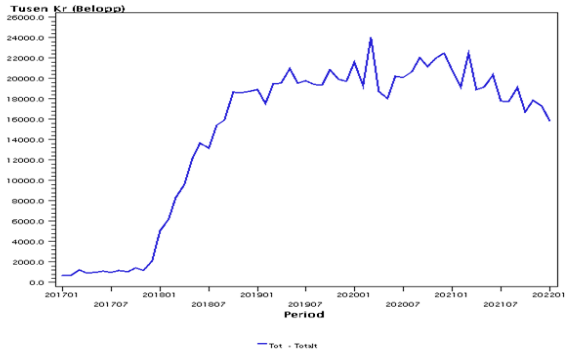
Diagram 4: Andel biosimular TNF-alfa hämmare i relation till biologiska läkemedel på ASC samt övriga enheter inom Region Stockholm. ASC står angivet som Stockholms läns sjukvårdsområde. Observera att alla enheter inte har helt jämförbara uppdrag, men övergången till biosimulærer anses visa på en förändring av arbetssätt som är möjlig att jämföra.

Övergången för dessa läkemedel sker genom att patienten får ett nytt recept. Detta kräver ofta ett besök eller en telefonkontakt. Beroende på arbetssätt kan det ta olika lång tid. Utöver det finns det patienter som inte vill byta. Övergången har skett över tid och bortsett från Danderyds sjukhus så har ASC gjort övergången i takt med övriga i regionen, och i januari 2022 har ASC 93,5 procent biosimilaranvändning – vilket är högst i regionen.

Förändringar i vilka läkemedel som ökar och minskar kan även härledas till följsamhet till läkemedelskommitténs rekommendationer

Den totala läkemedelskostnaden framgår i diagram 5. Kostnaderna för förskrivningen har ökat, vilket kan förväntas av en enhet som har ett stort inflöde av patienter. Över tid har patentutgångar och övergång till billigare läkemedel påverkat totalkostnaden. Samtidigt leder ökade indikationer för läkemedel och tidigare insättning för ökad patientnytta hos fler patienter, till att antalet totala doser (diagram 6) som förskrivs fortsatt öka under hela avtalsperioden och leder till att totalkostnaden inte minskar så dramatiskt.

Notera att den första perioden för vilken data över CFR:s förskrivning finns är november 2017, trots att verksamheten startade i mars 2016. Det beror på att CFR initialt hade en felaktig arbetsplatskod.



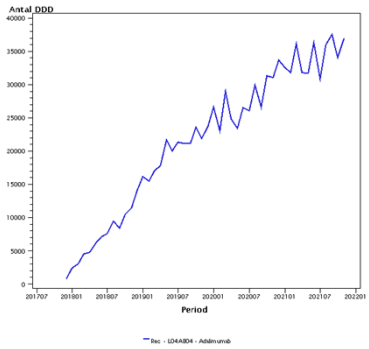


Diagram 5: Total läkemedelskostnad i tusen kronor per månad för CFR. Fel på arbetsplatskoder förklarar den initialt låga kostnaden. Diagram 6: Antal dagliga doser för CFR.

Läkemedelsanvändning Centrum för Neurologi, CFN

Läkemedelsanvändning och förskrivning stämmer väl överens med förväntat för CFN:s uppdrag, förskrivning 2020 respektive 2021 redovisas i bilaga 3.

Jämförelse med andra enheter går att göra till viss del, men vissa läkemedel får bara ges på sjukhus. I jämförelse så är ASC under uppbyggnad, andra enheter har kanske fler patienter som står på läkemedel samt att läkemedelstraditioner på olika enheter kan inverka.

Inom MS-vården används läkemedlet Mabthera (rituximab), ett läkemedel som inte är utvecklat för MS och som inte heller är rekommenderad i nationella/regionala riktlinjer för MS-vård men som är vedertaget för den aktuella patientgruppen och som det finns en rekommendation i Stockholm för. CFN ingår och bedriver i forskningsstudier kring läkemedlet.

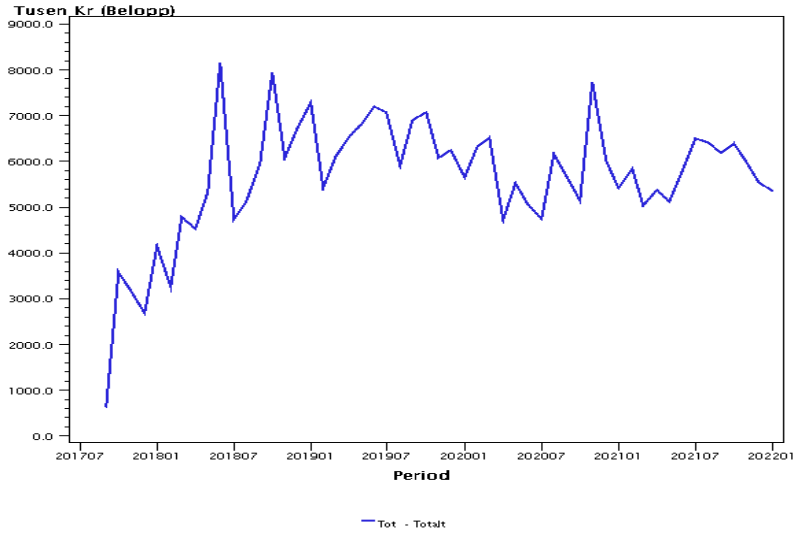


Diagram 7: Total läkemedelskostnad CFN perioden år 2017-2021

Läkemedelsanvändning Centrum för Diabetes, CFD

Rimlig ökning och det som är att förvänta sig av en diabetesenhet. Ökningar och minskningar kan bero på att verksamheten fortfarande är relativt ny och ständig medicinteknisk- samt läkemedelsutveckling. Förskrivning 2020 respektive 2021 redovisas i bilaga 3.

Ej jämförbara enheter, mycket av patienternas läkemedel förskrivs i primärvården. Uppdrag med olika casemix skillnader, antal patienter.

En stor del av kostnaden hänförs till artiklar som saknar så kallad ATC-kod (Anatomic Therapeutic Chemical, som används för klassificering av läkemedel). En stor del av kostnaderna för dessa bärs av insulinpumpar, som ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för behandling av vissa diabetespatienter sedan 2018. En ständig utveckling sker för hjälpmedel och högre krav på pumpar, kanyler ställs från patienterna. CFD är tillsammans med Karolinska Huddinge ensamma i regionen om utprovning, och avancerad medicinteknik för diabetes typ 2 patienter. Ett annat exempel är att när barn som tidigare vårdas med diabetes typ 1 på Karolinska och SÖS förs över till CFD har de ofta mer avancerad medicinteknisk utrustning, och efterfrågar det på ett tydligare sätt.

Finns läkemedel med utökad indikation som på sikt kan komma att öka och användas av fler patienter.

Läkemedelsanvändning Överviktscentrum

Läkemedelsanvändning och förskrivning stämmer väl överens med förväntat för ÖC:s uppdrag, förskrivning 2020 respektive 2021 redovisas i bilaga 3. Läkemedelsanvändning går inte att jämföra med andra enheter eftersom det inte finns en annan enhet i regionen med liknande uppdrag. Uppdraget har inte lika dyra eller omfattande läkemedelsbehandling som övriga uppdrag inom ASC.

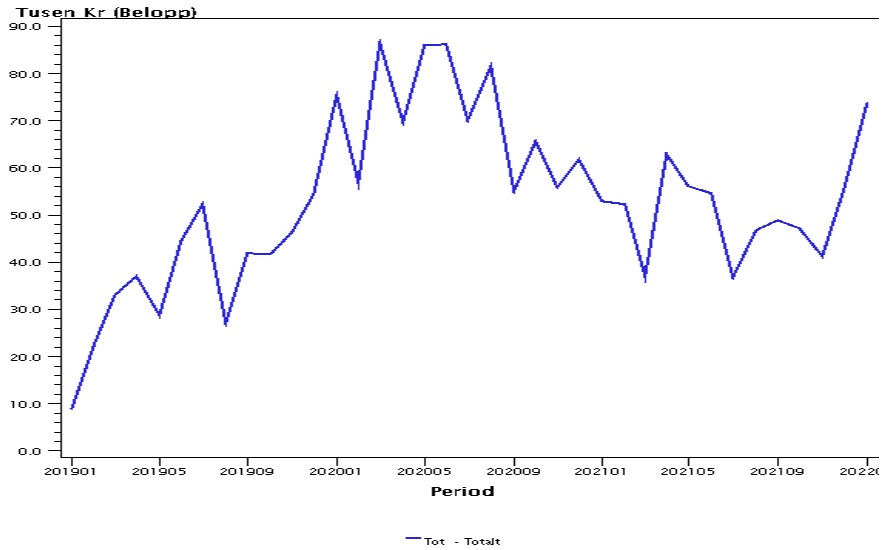


Diagram 7: Total läkemedelskostnad ÖC perioden år 2019-2021

2.1.10 Kvalitet

Den kvalitet som registrerats i kvalitetsregistren inom diagnosområdena diabetes, MS och Parkinson samt Reumatoid artrit, är för ASC i stort sett likvärdig eller bättre vid jämförelse mellan vårdgivare regionalt och för regionen nationellt. Det finns en viss spridning, både för enskilda mått samt för de olika centrumbildningarna. Tillgängliga register för övervikt och fetma fokuserar på kirurgi samt barnfetma.

Kvalitet inom diabetesvården

Centrum för diabetes är en specialistmottagning för vuxna med typ 1-diabetes eller svårbehandlad typ 2-diabetes. Majoriteten av patienterna har typ 1-diabetes (95 procent). För uppföljning och kvalitetsutveckling används det nationella diabetesregistret, NDR. I NDR ingår ett stort antal indikatorer av vilka flera ingår i Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Många resultat inom diabetesvården har förbättrats under de senaste åren, men det finns områden där regionen inte når nationella målnivåer eller har resultat under medelvärde för riket. Här nedan redovisas resultat för några indikatorer som är viktiga för typ 1-diabetes.

Det finns studier som visar att diabeteskomplikationer och hjärt-kärlsjukdomar minskar vid långsiktigt god kontroll av blodglukos (blodsocker), blodtryck och blodfetter samt rökstopp både avseende typ 1- och typ 2-diabetes. Ett viktigt behandlingsmål är därför god blodsockerkontroll mätt som HbA1c (medelblodsocker senaste 3 månaderna). Avseende typ 1-diabetes har Socialstyrelsen fastställt målnivån att färre än 20 procent ska ha ett HbA1c högre än 70 mmol/mol. Regionen uppnår det nationella målet avseende typ 1-diabetes och ASC har bättre resultat än regionens medelvärde, se diagram 8.

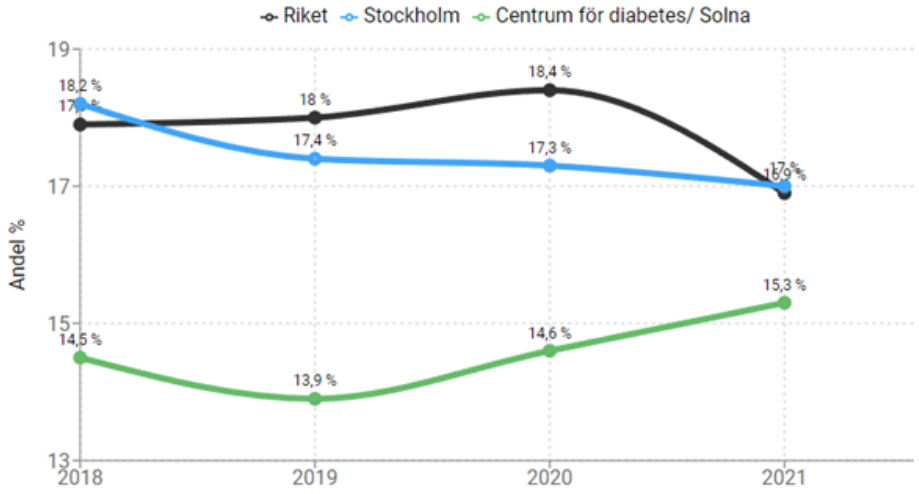


Diagram 8. Andel personer med typ 1-diabetes som har HbA1c högre än 70 mmol/mol. Medicinklinik. Obs! Bruten skala. Källa: NDR

Det är viktigt med effektiv behandling av blodtryck hos personer med diabetes för att minska risken för diabeteskomplikationer såsom stroke, hjärtinfarkt och njursvikt. Ett riktvärde för behandlingsmål vid högt blodtryck är ett blodtryck under 140/85 mm Hg, men målet utformas utifrån en individuell bedömning för varje patient. Socialstyrelsens nationella mål är att 90 procent av patienterna ska ha ett blodtryck under 140/85 mm Hg.
Resultatet visas i diagram 9. Regionen når inte det nationella målet. ASC har resultat i paritet med regionen och riket avseende blodtryck.

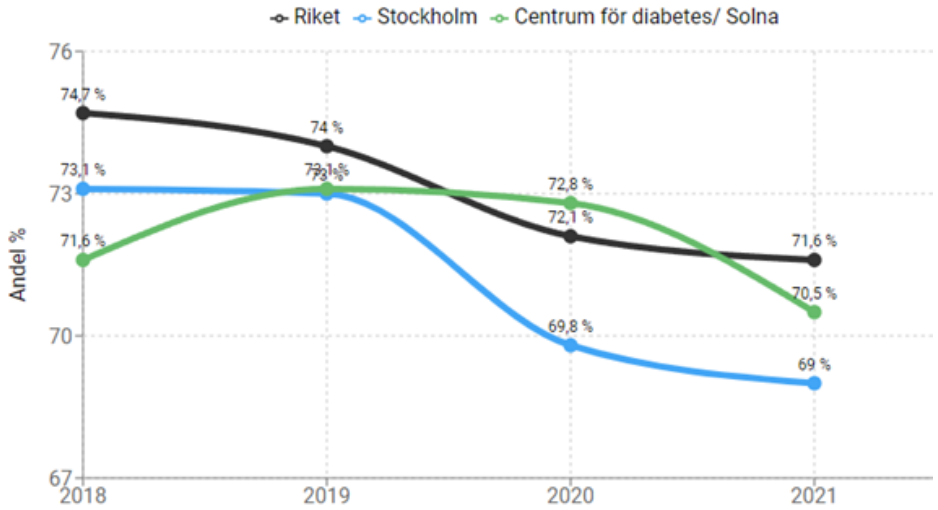


Diagram 9. Andel personer med typ 1-diabetes som ha blodtryck <140/85. Medicinklinik, typ 1-diabetes. Obs! Bruten skala. Källa: NDR

Långvarig diabetes kan leda till allvarliga fotproblem, såsom svårläkta fotsår, infektioner och fotdeformiteter. För patienten kan det innebära akut risk för allvarlig skada, stort lidande samt sämre livskvalitet. Personer med diabetes bör därför få sina fötter kontrollerade regelbundet. Socialstyrelsen har angett som målnivå att minst 99 procent av alla personer med diabetes skall göra

fotundersökning varje år. Regionen når inte det nationella målet. ASC har betydligt sämre resultat än Stockholm och riket.

Generellt har andel patienter med diabetes som genomgått fotundersökning det senaste året minskat under år 2020-2021 både nationellt och i riket, se diagram 10. En förklaring är effekter av covid-19 pandemin, då fysiska besök har undvikts och patienter varit mindre benägna att komma in. För ASC har andelen sjunkit betydligt mer än genom snitt för riket och Stockholm. Det förklaras av verksamheten med att ASC i högre utsträckning jobbat med digitala verktyg och därmed inte kunnat genomföra undersökningarna på plats. Däremot har bilder och videosamtal används för att hjälpa patienter till egenvård samt använts för att bedöma behovet av fysisk vårdkontakt.

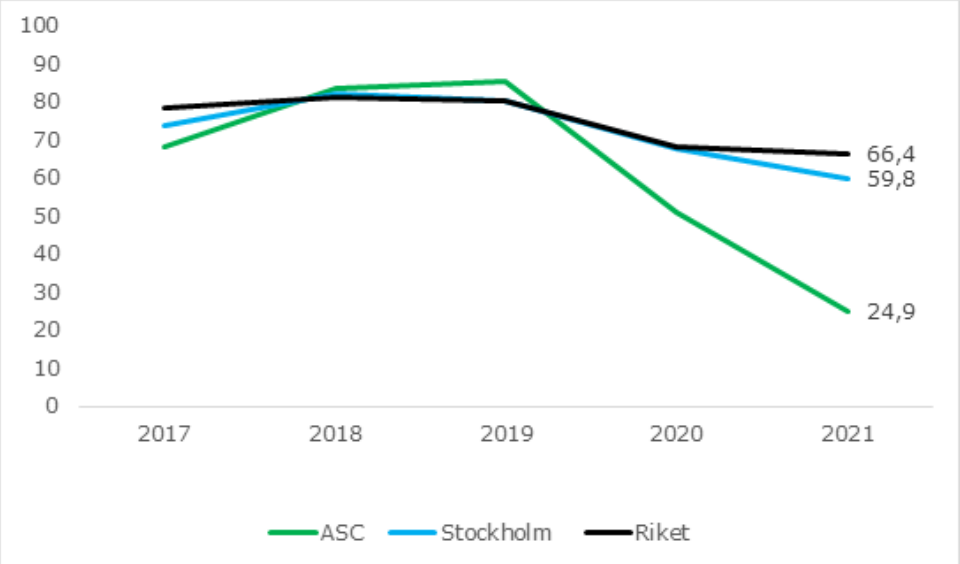


Diagram 10: Andel personer med typ 1-diabetes som genomgått fotundersökning det senaste året. Medicinklinik, typ 1-diabetes. Källa: NDR

Kvalitet neurologi

MS

För uppföljning och kvalitetsutveckling finns Svenska neuroregister som ett viktigt verktyg. På registrets hemsida presenteras vissa diagram och några av resultaten återges här. Först tre resultat avseende MS, därefter två resultat avseende Parkinson. Regionen har generellt bättre resultat än riket.

Det är viktigt att personer med misstänkt MS utreds tidigt, bland annat eftersom det ofta finns stora möjligheter att påverka sjukdomsförloppet om personen tidigt får sjukdomsmodifierande behandling. En angelägen indikator att följa är därför tiden från sjukdomsdebut till diagnosdatum. Med sjukdomsdebut avses det tillfälle då personen för första gången upplever MS-symtom. Nationell målnivå är inte aktuell. Regionens resultat har förbättrats sedan 2016 och är bättre än riket, se diagram 11.

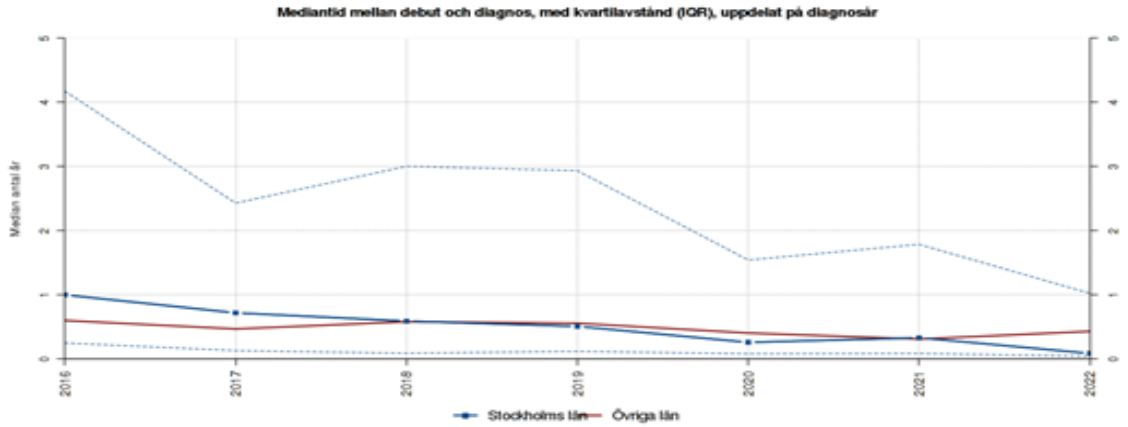


Diagram 11: Median- och medeltid från att patienten upplever första symtom på MS till en MS-diagnos sätts. Källa: Svenska neuroregister.

Alla de sjukdomsmodifierande behandlingar som finns i dag syftar till att hämma och begränsa utbredningen av inflammationer i det centrala nervsystemet. Sjukdomsmodifierande behandling bör påbörjas tidigt för att ha en god effekt på sjukdomsförloppet. Målet är att få en fullständig hämning av den inflammatoriska aktiviteten, vilket innebär avsaknad av nya skov och inga försämringar av neurologiska funktioner vid magnetkameraundersökning.

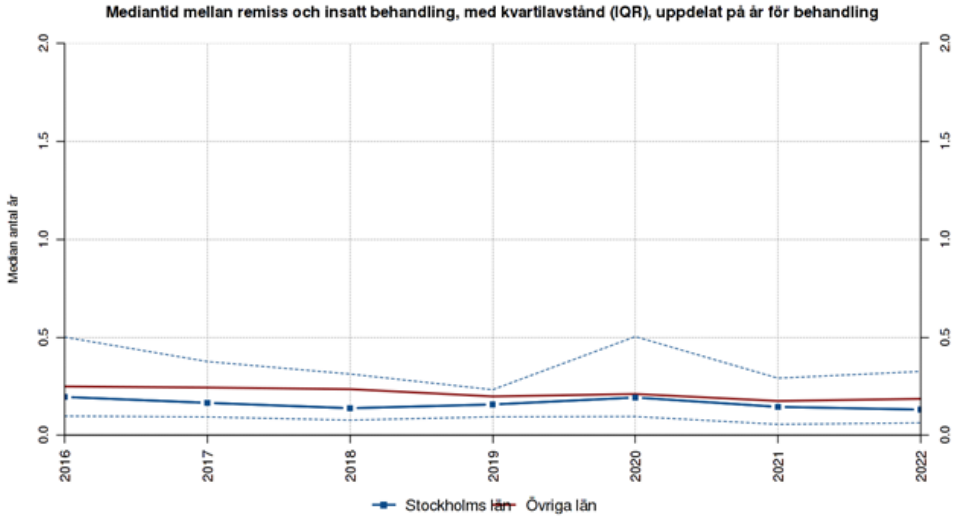


Diagram 12: Mediantid mellan remiss och insatt behandling MS. Källa:

Magnetkameraundersökningar (MR) är en viktig del i behandlings-uppföljningen vid MS. Regelbundna MR-undersökningar är en förutsättning för att kunna följa sjukdomens utveckling och vid behov kunna justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. Uppföljningen behöver dock inte göras årligen på personer som inte uppvisat förändringar vid MR-undersökning under 3-5 års tid, och där behandlingen inte har förändrats under denna tidsperiod.

Sjukdomsaktiviteten avtar med åren, vilket gör att äldre personer vanligtvis inte har samma behov av regelbundna MR-undersökningar. Detta gör att indikatorn är avgränsad till personer yngre än 60 år. Senaste resultat (statistikuttag för 2022-40-04, diagram 12) visar att av MS-patienterna i regionen hade 47

procent genomgått en MR-undersökning inom tolv månader vilket var det bästa resultatet i riket. För ASC är andelen 53 procent.

Parkinson

För uppföljning av Parkinson följs bland annat medeltid mellan debut och diagnos. Att tidigt ställa en korrekt diagnos är en förutsättning för att kunna erbjuda rätt åtgärder vid Parkinsons sjukdom.
Av diagram 13 nedan framgår att medeltiden mellan debut och diagnos har sjunkit i Region Stockholm, vilket är positivt.

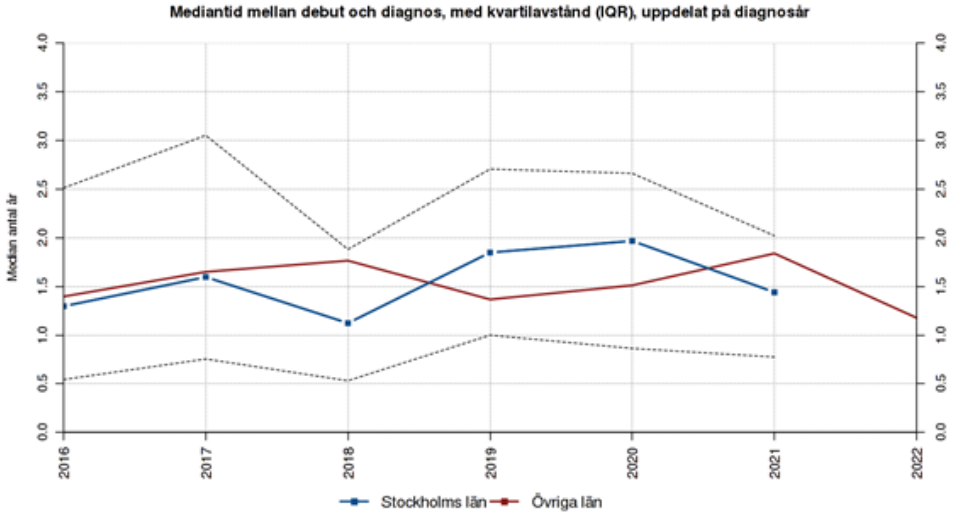


Diagram 13: Mediantid mellan debut och diagnos Parkinson. Källa: Svenska neuroregister

All läkemedelsbehandling vid Parkinsons sjukdom är symtomlindrande. Det finns ännu ingen sjukdomsmodifierande läkemedelsbehandling som upphäver eller dämpar nervcellsbortfallet. Det finns dock belägg för att tidig insättning av dopamininriktad behandling minskar Parkinsonrelaterade symtom, vilket kan utvecklas under den första sjukdomsfasen. Regionens resultat motsvarar rikets medelvärde under de senaste åren.

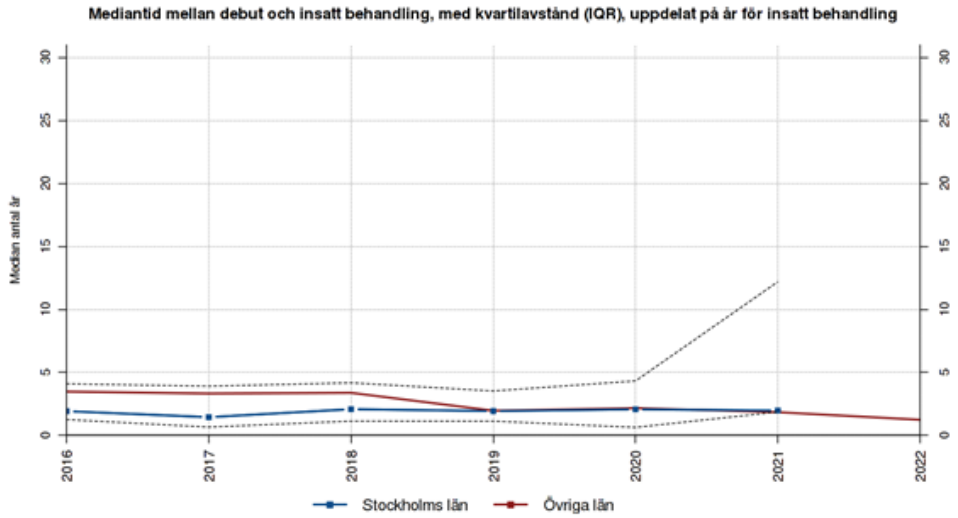


Diagram 14. Mediantid mellan debut och insatt behandling. Källa: Svenska neuroregister.

Kvalitet reumatologi

Det är angeläget att ställa diagnosen reumatoid artrit för att kunna påbörja lämplig behandling så tidigt som möjligt. Många patienter har haft besvär under en längre tid och diagnosen kan fördröjas av flera skäl, till exempel att symtomen i många fall kommer smygande och initialt negligeras eller misstolkas av individen. Det förekommer även att primärvården inte uppfattat symtomen korrekt eller inte vidtagit åtgärder inom rimlig tid, samt att väntetider till specialistvården lett till en senare diagnos än vad som varit idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för reumatoid artrit bör dessutom symtomen ha varat i över 6 veckor. Genom att korta tiden mellan symtomdebut och diagnos kan lämplig behandling sättas in i tidigare skede av sjukdomen. För indikatorn tidig diagnos av reumatoid artrit har Socialstyrelsen fastställt att andelen patienter som nydiagnosticeras inom 20 veckor bör vara minst 50 procent. Region Stockholm når det nationella målet men ligger något under rikets medelvärde, se diagram 15.

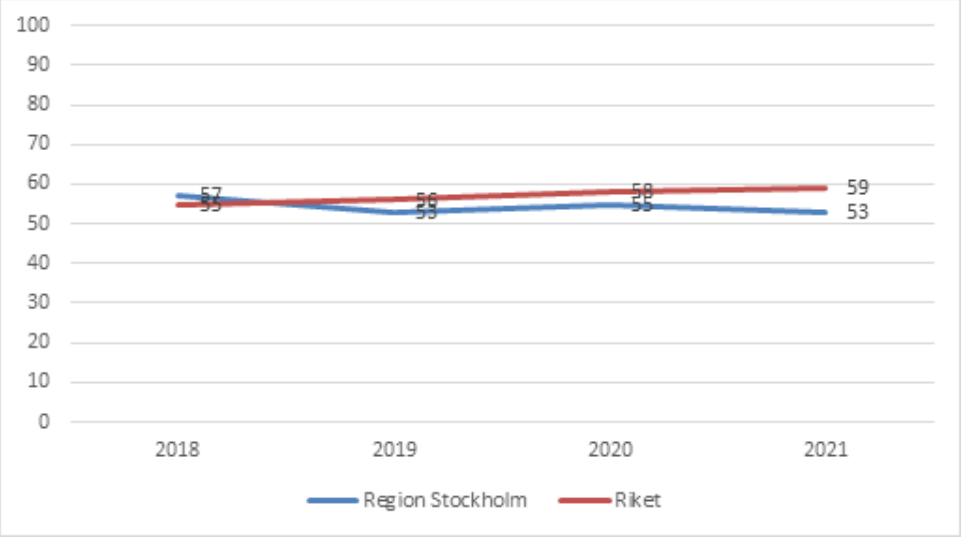


Diagram 15 Andel patienter med reumatoid artrit som får diagnos fastställd inom 20 veckor från symtomdebut. Källa: Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ)

Behandling av patienter med RA syftar till att dämpa sjukdomsaktivitet - om möjligt med uppnående av klinisk remission - samt förebygga leddestruktion och en allvarlig sjukdomsutveckling på längre sikt. Det är viktigt att tidigt identifiera patienter med hög risk för persisterande, allvarlig sjukdom.

Behandlingens resultat mäts med hjälp av bedömningsinstrumentet DAS28 vid årsbesök. Med låg sjukdomsaktivitet avses ett värde DAS28 ≤ 3,2. Indikatorn ingår i uppföljningen av vårdförlopp reumatoid artrit som utarbetats inom ramen för Nationellt system för kunskapsstyrning. Indikatorn ska bidra till att målet "öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet" uppnås genom att synliggöra hur många patienter som når låg sjukdomsaktivitet inom ett år. Vårdförlopp reumatoid artrit har som mål angett ≥ 55 procent. Regionen når målet.

2.2 Sammanfattning i relation till målbilden

Nedan följer en sammanfattning av uppföljningens resultat utifrån den målbild som fanns med att skapa avtalen.

- **Vårdstrukturförändringar**

Både vård och FoUUI verksamhet har förts över från akutsjukhus, och viss annan specialiserad vård till ASC, i enlighet med Framtidsplanen. Uppdraget har utvecklats löpande, och det finns delar som har kommit olika långt och är olika framträdande för de olika centrumbildningarna. Att föra över kompetens och tjänster har inom reumatologi och neurologi har varit svårt.

Besök och vårdkontakter kommer från akutsjukhusens uppdrag, från läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning samt från nydiagnostiserade inom patientgrupperna. Inom akutsjukhusens uppdrag har särskilt antalet individer minskat för det som ingår i respektive ASC enhets uppdrag. Generellt gäller för alla patientgrupperna att nya vårdprogram och behandlings-rekommendationer, läkemedelsutveckling, medicinteknisk utveckling och rekommendationer vilket påverkar vårdbehovet och arbetssätt hos alla vårdgivare.

ASC:s uppdrag motsvarar i dagsläget akutsjukhusens öppenvårdsuppdrag för motsvarande patientgrupper.

Den geografiska placeringen är avgörande särskilt för samverkan med KI, Karolinska sjukhuset Solna och Akademiskt primärvårdscentrum kring FoUUI uppdraget.

- **Nya arbetssätt**

Nya arbetssätt lyfts fram särskilt inom digitalisering och patientbesök, där insatser gjorts både för att öka kvalitén på digitala kontakter för och samverka kring patienter med diagnosticerad eller misstänkt kronisk sjukdom, till exempel via digitala ronder. ASC:s ledning är positiva till och prioriterar utvecklings- och innovationsförslag från medarbetare och patienter.

- **Patientsamverkan**

Uppdragen att arbeta aktivt med patientsamverkan visar på goda resultat, och ses som en tillgång både av verksamheterna och patientföreträdare. Bland annat jobbar ASC aktivt med ett patientråd.

- **Nätverkssjukvård**

De olika centrumbildningarna är aktiva inom nätverkssjukvården, arbetar med samverkan kring enskilda patienter samt utbildning kring patientgrupper mot primärvården. Arbetar aktivt med att utveckla nya arbetssätt för att kunna samverka. Samverkan med primärvården kan

utvecklas, samt samverkan för slutenvårdsdelarna av uppdraget, vilket påverkas av hur uppdragen är formulerade för dessa vårdgivare.

- **Forskning, utbildning, utveckling, innovation (FoUUI)**

Beskrivs som en god förebild inom Region Stockholms vårdstruktur för FoUUI verksamhet utanför akutsjukhusen. Akademiskt specialistcentrum är en godkänd universitetssjukvårdsenhet. Forskning har både förts över från Karolinska, Solna och initierats på ASC, som nu är en av regionens största prövningsenheter för läkemedelsstudier. Goda exempel finns på hur studier både är patientnära och implementeras i vårdverksamheten, samt sprids till andra vårdgivare.

Det finns utvecklingsbehov och möjligheter när det kommer till delade tjänster och infrastruktur inom regionen samt när det gäller utbildningsuppdraget. Ökad regional samverkan ger förutsättningar för utveckling av uppdraget. En del av de åtgärder som behöver vidtas kan verksamheten själva hantera, men det behövs även beslut och åtgärder inom andra delar av regionen för den fortsatta utvecklingen.

- **Vårdbehov och utförd vård**

Inom samtliga patientgrupper framkommer ett ökat antal individer inom vårdsystemet, tillväxten sker både inom primärvården (särskilt diabetes, övervikt) och inom den somatiska specialistvården. Nya behandlingsmetoder, indikationer för läkemedelsbehandling och nya vårdprogram både ökar och minskar behovet av besök per individ inom systemet.

Patienterna som vårdas inom uppdragen har utifrån diagnoser, medicinska åtgärder och enligt intervjuade behov av specialiserad vård, motsvarande den vård som tidigare utfördes på akutsjukhusen.

Akademiskt specialistcentrum har en hög andel distanskontakter, som också ökat under pandemin. Att arbeta med dessa kontakter och sprida kunskap är en del av uppdraget som har utförts bland annat genom medverkan i utvecklingen av appen ”Alltid öppet”.

- **Tillgänglighet**

Tillgänglighet enligt CVR visar på att ASC vid uppstarten av uppdraget omhändertog ett behov av besök, och hade till en början längre väntetider än vårdgarantin. Till viss del berodde det på att kötiderna följde med från andra vårdgivare. Över tid har tillgängligheten förbättrats, men uppföljningen visar på en ökning av antal individer som med aktuella diagnoser i vårdsystemet ökat antalet remisser till ASC, samt ett behov av förbättring av tillgängligheten till nybesök inom delar av uppdraget.

- **Kvalitet**

Kvaliteten inom diagnosområdena diabetes, MS och Parkinson samt Reumatoid artrit, är för ASC i stort sett likvärdig eller bättre vid jämförelse

mellan vårdgivare regionalt och för regionen nationellt. Det finns en viss spridning, både för enskilda mått samt för de olika centrumbildningarna. Tillgängliga register för övervikt och fetma fokuserar på kirurgi samt barnfetma, vilket innebär att kvalitetsregister saknas för den verksamhet som bedrivs på Överviktscentrum.

- **Kostnader och ersättningsnivå**

En jämförelse mellan ersättningsnivåer enligt olika avtal försvåras av att uppdrag och ersättningsmodell skiljer sig mellan olika avtalsformer. Inom ramen för uppföljningen har en övergripande jämförelse gjorts baserat på nuvarande ersättningsmodeller. Ersättningen per vårdkontakt är lägre på ASC än på akutsjukhus, högre än inom LOV och för läkare verksamma inom lagen om läkarvårdsersättning (LOL). I jämförelse med Ersta sjukhus (LOU) är ersättningsnivån motsvarande. I takt med att vårduppdraget utökats har totalersättningen ökat. Möjligheten att differentiera ersättningsmodellen sett till både besöks- och uppdragsersättning samt differentiera ersättning utifrån besökstyp bör ses över.

- **Läkemedel**

Läkemedelsanvändningen bedöms motsvara vad som är förväntat av uppdraget. Utveckling inom läkemedelsområdet, patentutgångar, ökade indikationer samt tidigare insättning av läkemedel både driver upp och ner kostnaderna för läkemedel. Detta gäller särskilt inom reumatologi, där dyra biologiska läkemedel ersätts med biosimularer, men också används på fler patienter då indikationer för insättning bereddas och de kan hjälpa fler patienter till ett bättre liv.

3 Val av avtalsform

Sammanfattningsvis visar uppföljningen att nuvarande avtalsform, direktavtal med egen regi, bedöms som mest lämplig även under nästa avtalsperiod. Förslaget överensstämmer med rekommendationerna i Region Stockholms riktlinje för val av avtalsform (HSN 2016-2522). Enligt riktlinjen kan ett vårdområde konkurrensutsättas genom lag om valfrihetssystem eller lag om offentlig upphandling framför allt om det finns en marknad, om uppdraget går att ersätta med en enkel, tydlig och transparent modell och om det finns ett behov av att öka patienters möjlighet att göra reella val.

Vårdval är speciellt lämpligt när:

- det finns ett behov av att öka patienters möjlighet att göra reella val
- det finns ett behov av att främja mångfalden av vårdgivare
- det finns ett behov av flexibilitet i uppdrag under avtalsperioden

Upphandling är speciellt lämpligt när:

- valmöjligheter för patienter är begränsade
- det finns behov av att styra utbudet geografiskt
- kostnadskontroll är svår att åstadkomma med andra avtalsformer
- kraven på investeringar och utrustning för att driva vården är hög

Vårdval är inte förenligt med att begränsa antal vårdgivare och inte heller anvisa en viss geografisk placering där en vårdgivare ska bedriva sin verksamhet. Inom flera vårdval har denna fria etablering och avsaknad av takkonstruktion för vårdkontakter eller ersättning medfört att antalet vårdgivare och vårdkontakter har ökat. Vilket i sin tur leder till ökade kostnader utöver förväntande nivåer sett till vårdbehovet. Sett i ljuset av denna utveckling bedömer förvaltningen att det finns en risk att samma kostnadsutveckling skulle kunna ske inom de aktuella vårdområden som i dag finns på ASC.

Det är av vikt att utbildning och kompetensöverföring kan tillgodoses i hela vårdsystemet. Inom flera av uppdragen finns en konstaterad bristsituation på specialistläkare och andra yrkesgrupper vilket innebär att det finns ett värde i att samla tillgänglig kompetens på ett fåtal större enheter.

Alla avtalsformer kräver mycket arbete med att noggrant utforma uppdrag, ersättningsmodeller, ersättningsnivåer och uppföljningsmodeller samt med utveckling och förvaltning. Inom avtalsformen vårdval blir detta påtagligt genom mängden vårdgivare och avtal.

Avtalsformen LOU fungerar bra i flera fall. När behov eller kostnadsnivåer inte är helt kända och/eller geografisk placering är av vikt kan LOU vara att föredra. Detta gäller även om patientvolymen är begränsad eller om man vill avtala om en specifik volym.

LOU medger en etablering för de vårdgivare som lämnat anbud och som antagits. Likabehandlingsprincipen och konkurrensneutralitet ska råda. Etableringen förutsätter att regionen antar anbudsgivare utifrån de krav som stipuleras i ett förfrågningsunderlag för vårdområdet och efter utvärdering av anbudet. Avtal inom LOU kan endast marginellt ändras under avtalsperioden. Upphandling enligt LOU medför inte sällan överprövningar under upphandlingsperioden och omställningskostnader.

Upphandling av den verksamhet som bedrivs vid ASC kräver en form av upphandling som tydligt innefattar forskning, utbildning och innovation samt också högspecialiserad vård, nätverkssjukvård och uppdrag som kräver stor andel dyra läkemedel och omfattar snabb medicinteknisk utveckling. I dagsläget saknas former och modell för den här typen av upphandling.

En upphandling kan innebära risk för att en tidsbestämd avtalstid kan påverka kontinuiteten i nätverkssjukvården, försämrad kontinuitet för patienten och att anbudsgivare lägger för lågt pris, vilket kan påverka kvaliteten eller att anbudsgivaren får svårt att driva verksamheten eller delar av verksamheten.

Enligt riktlinjen rekommenderas direktavtal med egenregi om ett uppdrag är högspecialiserat, omfattar snabb och omfattande medicinteknikutveckling, uppdrag kräver stor andel dyra läkemedel och det finns stort krav på forskning. ASC:s uppdrag inom neurologi är högspecialiserat, varför den delen av ASC:s verksamhet inte kan/bör konkurrensutsättas. ASC:s övriga uppdrag är också mindre lämpliga för konkurrensutsättning på grund av stor andel läkemedel inom reumatologi och neurologi, snabb medicinteknisk utveckling inom diabetes och kompetensbrist inom reumatologi, neurologi och överviktsbehandling.

Alla fyra områden är forskningsintensiva. Närheten till forskning både geografiskt och verksamhetsmässigt är väsentligt för driften av Akademiskt specialistcentrum. Verksamheterna har ett särskilt ansvar att samverka inom forskning och utbildning. Även om det finns utvecklingspotential har FoUU-uppdraget, etablerats på ett positivt sätt, vilket inte har skett inom annan specialiserad vård utanför akutsjukhus i samma utsträckning. Kontinuitet och kultur är viktiga faktorer. Det tar tid att utveckla en innovationsmiljö där forskning och utbildning bedrivs och där samverkan inom nätverkssjukvården sker. Vidare har pandemin tagit fokus från alla delar av sjukvårdssystemet och därigenom pausat/påverkat möjligheterna att fullt ut utveckla alla delar i målsättningen för konceptet akademisk specialitetssjukvård utanför akutsjukhus såsom patientsamverkan och närverkssjukvården. Att fortsätta med samma avtalsmodell som hittills bedöms ge bättre förutsättningar för verksamheten att utvecklas ytterligare i den riktning som var målet.

Som tidigare redovisats, tillkom de olika verksamheterna under olika tidsperioder, varför det finns separata avtal för varje verksamhet. I stället för fyra olika avtal förordas ett samlat avtal med fyra uppdrag. Ett samlat avtal rekommenderas av flera skäl.

- Ett samlat av minskar administration hos både vårdgivare och förvaltningen. Detta eftersom avtalen och uppdragen innehåller många likartade delar.
- I ett samlat avtal kan volymer och ersättning enklare omfördelas mellan olika delar, vilket skapar flexibilitet och också kan minska administration kopplat till tilläggsbeställningar.

Bilaga 1

Kommentar och förslag inför vidare utveckling

Nuvarande ersättningsmodell
Takkonstruktionen i avtal har gett en god kostnadskontroll som grund, och uppföljningen tyder på att ”trappmodellen” ger incitament till vårdgivaren att planera verksamheten efter ersättningsnivåerna. Under avtalsperioden har flera av avtalens tak justerats uppåt. Det har gett utrymme för beställaren att under pandemin anpassa beställningen till SLSO utefter en förändrad behovsbild.

Förutsättningar för och grunden för ersättning och uppföljning är korrekt registrering av vårdkontakter vilket bedöms som uppfyllt, däremot saknas KVÅ-koder på en stor andel av nuvarande produktionen. Från att 2017 sakna koder på ca 40 procent av sina vårdkontakter registreras KVÅ-koder på ca 32 procent av ASCs vårdkontakter i dagsläget. ASC och HSF behöver därför och gemensamt, i enlighet med gällande riktlinjer för KVÅ registrering, se över hur registreringen av åtgärdskoder blir mer medicinskt och verksamhetsmässigt meningsfull[1].

Utveckling av ersättningsmodell
I avtalen med de respektive akademiska specialistcentrumen ingår att se över ersättningsmodellen och ett arbete gjordes år 2018/2019 av HSF i samverkan med ASC, två rapporter togs fram av förvaltningen (Utvecklingsavdelningen för utveckling av ersättningsmodellen) för ASC Reuma. Rapporten prövade möjligheten till helhetsansvar för kronikergrupper genom kapitering och vårdepisoder och utredning gjordes för att se över möjligheten att på olika sätt beskriva de patient-processer som ASC har i sitt uppdrag. Vidare krävs mer utveckling för att hitta en ersättningsmodell som täcker behovet av kronikergrupper på ett bra sätt, inte minst gällande IT- och kodningslösningar som behöver finnas tillgängligt, samt att de resurser som krävs från vårdgivare och HSF är hanterbara. Rapporten föreslår som slutsats att en modell med produktionsrelaterad ersättning som balanseras med utvecklingsuppdrag och någon målrelaterad ersättning rekommenderas.

Arbetsgruppens bedömning är att tidigare slutsatser i respektive rapport kvarstår men att uppdraget ändå har goda förutsättningar för att både använda sig av, och att vara med och utveckla ytterligare digitala kontakter och asynkrona kontakter så som chatt. Inför kommande arbete med att ta fram en ersättningsmodell är följande delar sådant som bör lyftas fram som del av utvecklingen av avtalet:

- Anpassning till den digitala utvecklingen. Olika typer av besök som kan ge olika typer av värde för de olika patientgrupperna. ASC:s verksamhet arbetar redan med digitala kontakter och andra distans- och asynkrona kontakter så som telefon och chatt. I kombination med utveckling av egenmonitorering bör ASC som arbetat med dessa kanaler länge både ha ett underlag för införande i ersättningsmodeller samt piloter av olika metoder. Vidare arbete med ersättningsmodell för ASC bör synkroniseras

med det vidare arbetet utifrån handlingsplan för digifysiska vårdkontakter som förväntas beslutas i HSN våren år 2022.
- Vårdepisoder som del av en ersättningsmodell. ASC uppdrag är att effektivt omhänderta patienter i en första fas för flera kronikergrupper. I nästa fas övergår vården till högre andel egenmonitorering och lägre behov av fysiska besök vilket bör ha goda förutsättningar för att bygga en modell för vårdepisoder. En sådan utveckling kräver att resurser läggs på ett arbete för att hitta relevanta patientflöden och grupper i samverkan med medicinskt sakkunniga.

Kostnadsansvar och Läkemedel
I dagens avtal har beställaren (HSF) fullt kostnadsansvar vilket också var en förutsättning för att vårdgivaren skulle anta uppdraget. I avtalet finns skrivning om att vårdgivare och beställare ska utveckla modeller för kostnadsansvar tillsammans under avtalsperioden, både gällande receptförskrivna- som rekvisitionsläkemedel. Beslut (HSN 2017-0887[2]) om principer för vårdgivares kostnadsansvar för läkemedel, hjälpmedel och medicinsk service förordar ett decentraliserat kostnadsansvar för till exempel läkemedel för en ökad kostnadseffektivitet samt enhetlighet mellan vårdgrenar.

Förutsättningarna för en förändrad modell för kostnadsansvar har setts över under avtalsperioden men kostnaderna för läkemedel för uppdragen inom ASC varierar stort på grund av faktorer som varken beställaren eller vårdgivaren kan påverka. Exempel på detta är ändrade patentkostnader och/eller patentutgångar, medicinsk utveckling, möjlighet till övergång från biologiska läkemedel till biosimularer (reumatologi). Att överföra kostnadsansvar till vårdgivaren i mindre och avgränsade uppdrag ger även en ökad risk jämfört med införandet i mer omfattande avtal så som sjukhusavtalet. Sammantaget är uppdraget att upprätta en rimlig budget över tid och därmed att fördela kostnadsansvar i ett avtal en komplex uppgift.

Inom vårdval och husläkare ligger kostnadsansvaret på beställaren av samma anledning, försök har bland annat gjorts med att införa ett ökat kostnadsansvar inom vårdval urologi vilket senare fick revideras och återgå till beställarens kostnadsansvar. Arbetet att ta fram en modell som är hållbar är ett långsiktigt arbete och som framför allt kan göras inom områden där läkemedels-användning och kostnadsutveckling är mer stabil över tid.
Vid införande och insättning av nya läkemedel kan ett förändrat kostnadsansvar förändra takten i vilken insättningen sker men denna uppföljning visar att ASC, trots en ”fri nyttighet” gällande läkemedel, har genomfört en effektivt läkemedels-hantering med relativt snabba byten till billigare läkemedel utan försämrad effekt för patienterna. Den modell som används under avtalsperioden och som visat sig ge ett bra resultat, är en aktiv styrning och uppföljning utifrån läkemedelskommitténs rekommendationer. Kostnader och förskrivning har följts upp nogsamt av beställaren och SLSO under avtalsperioden för att nå kostnadseffektivitet på andra sätt än via ett kostnadsansvar i avtal.

Denna uppföljning visar på att läkemedelskostnaderna har ökat i takt med att verksamheten växt, och drivs både upp och ner av läkemedelsutvecklingen, inget annat hållbart alternativ har framkommit och förslaget är att beställaren även fortsatt bibehåller kostnadsansvaret.

[1] KVÅ | Vårdgivarguiden (vardgivarguiden.se)
[2] 9-beslut-principer-for-vardgivares-kostnadsansvar.pdf (regionstockholm.se)

Bilaga 2

Referenspersoner

Rapporten bygger på det material som redovisas under metod i kapitel 1. Nedanstående personer har intervjuats, deltagit vid möten då dessa frågor diskuterats samt inkommit skriftligen med underlag. Utöver dessa har även nyckelpersoner inom Region Stockholms FoU kansli, samt på Hälso- och sjukvårdsförvaltningen konsulterats.

Cecilia Carlens, specialistsakkunnig reumatologi (intervjuad)

Anders Johansson, specialistsakkunnig neurologi (via mail och intervjuad)

Martin Larsson, specialistsakkunnig endokrinologi (via mail)

Anna Martling, dekan, Karolinska Institutet (intervjuad)

Fredrik Piehl, läkare, Centrum för neurologi (intervjuad)

Magnus Röjvall, specialistsakkunnig allmänmedicin (via mail)

Ett större dialogmöte 2022-02-08 med deltagare från alla ASC:s centrum med följande deltagare från Akademiskt specialistcentrum:

Sergiu Catrina (överläkare, centrum för diabetes)

Sofia Ernestam (verksamhetschef Akademiskt specialistcentrum)

Amel Guenifi (läkare, centrum för reumatologi)

Tanja Hellberg (akademiskt specialistcentrum)

Susanne Karlfeldt (FoUU-koordinator, Akademiskt specialistcentrum)

Linda Kjerr (enhetschef Centrum för diabetes)

Ylva Trolle Lagerros (överläkare, överviktscentrum)

Maria Lidman (enhetschef Överviktscentrum)

Ulf Lockowandt, (operativ direktör och närsjukvårdschef SLSO)

Neda Rajamand Ekberg, (läkare, centrum för diabetes)

Jennie Sawalha, (enhetschef Centrum för reumatologi)

Anna Tisäter (verksamhetsutvecklare e-hälsa ASC)

Bilaga 3

Läkemedelsanvändning

Centrum för reumatologi

Läkemedel med största totalbelopp på substansnivå (ATC 7)
Period: 202001 - 202012 jfr 2020
Centrum för reumatologi, Akademiskt specialistcentrum.

Nr	Atckod	Substans	Produktexempel	Belopp 202101 - 202112 (Tkr)	Diff. (Tkr)	Special-läkemedel	Kloka listan 2022	Kloka listan med tillägg
1	L04AB04	Adalimumab	Humira	49632	-17977	x		
2	L04AB01	Etanercept	Enbrel	44049	-15227	x		
3	L04AB06	Golimumab	Simponi	19759	-2409	x		
4	L04AC10	Sekukinumab	Cosentyx	19753	3619	x		
5	L04AA37	Baricitinib	Olumiant	16776	-2599	x		
6	L04AA24	Abatacept	Orencia	15130	24	x		
7	L04AC07	Tocilizumab	RoActemra	10184	-1158	x		
8	L04AA44	Upadacitinib	Rinvoq	10042	9532	x		
9	L04AC13	Ixekizumab	Taltz	7251	2894	x		
10	L04AB05	Certolizumabpegol	Cimzia	7151	-1099	x		
11	L04AA29	Tofacitinib	Xeljanz	6330	-1244	x		
12	L04AX03	Metotrexat	Methotrexate Orion Pharma	3913	385	x		
13	L04AC16	Guselkumab	Tremfya	3371	3113	x		
14	L04AB02	Infliximab	Flixabi	2385	-461	x		
15	L04AA32	Apremilast	Otezla	1978	-160	x		
16	L04AC14	Sarilumab	Kevzara	1498	1138	x		
17	L01FA01	Rituximab	Rixathon	1482	-492	x		
18	L04AC05	Ustekinumab	Stelara	1073	-637	x		
19	H02AB06	Prednisolon	Prednisolon Alternova	559	7		x	
20	N02BE01	Paracetamol	Alvedon	454	-25		x	

Centrum för Diabetes

Centrum för diabetes, Akademiskt specialistcentrum
Läkemedel med största totalbelopp på substansnivå (ATC 7)
Period: 202101 – 202112 (jmf 2020)

Nr	Atckod	Substans	Produktexempel	Belopp 202101 - 202112 (Tkr)	Diff. (Tkr)	Special-läkemedel	Kloka listan 2022	Kloka listan med tillägg
1	Artikel saknar ATC	Artikel saknar ATC	Extempore e-förskrivning	9603	472	x		
2	A10AB05	Insulin, aspart	NovoRapid FlexPen	3576	151		x	
3	A10AE06	Insulin, degludek	Tresiba	3186	230			
4	A10AB04	Insulin, lispro	Humalog KwikPen	2262	76		x	
5	A10AE04	Insulin, glargin	Lantus (SoloStar)	2133	-148			
6	A10BJ06	Semaglutid	Ozempic	1390	460		x	
7	A10BJ02	Liraglutid	Victoza	537	-132		x	
8	A10AE05	Insulin, detemir	Levemir (FlexPen)	262	-28			
9	J01CF05	Flukloxacillin	Heracillin	247	14		x	
10	A10BK03	Empagliflozin	Jardiance	195	-4		x	
11	A09AA02	Multienzymer (lipas, proteas m.fl.)	Creon 25000	135	-3		x	
12	A10BH01	Sitagliptin	Januvia	118	-17			
13	A10BK01	Dapagliflozin	Forxiga	109	49		x	
14	A10AC01	Insulin (humant)	Insulatard FlexPen	108	9		x	
15	A10BJ05	Dulaglutid	Trulicity	106	31			
16	H03AA02	Liotyroninnatrium	Liothyronin	98	-26			
17	A10AE56	Insulin, degludek och liraglutid	Xultophy	84	12			
18	C10AX13	Evolokumab	Repatha	81	23	x		
19	G04BE03	Sildenafil	Sildenafil Actavis	69	-3		x	
20	H03AA01	Levotyroxinnatrium	Levaxin	69	3		x	

Artikel saknar ATC (20 vanligaste)

Produkt	Kostnad
POD till Omnipod	3 950 480 kr
Tandem AutoSoft 90	1 587 083 kr
Tandem t:slim Cartridge	559 659 kr
MiniMed Mio	543 448 kr
MiniMed Mio Advance	462 684 kr
MiniMed Reservoir	360 073 kr
MiniMed Quick-set	271 039 kr
Tandem AutoSoft 30	263 010 kr
Mio Advance	203 964 kr
Tandem Varisoft	158 091 kr
Accu-Chek Insight Adapter och slang	124 616 kr
Accu-Chek Insight Flex Kanyl	118 487 kr
Tandem TruSteel	107 951 kr
MiniMed Mio 30	80 764 kr
MiniMed Sure-T	79 308 kr
NovoPen 6	61 646 kr
Contour Next	46 791 kr
Tegaderm	42 052 kr
Accu-Chek FlexLink	41 849 kr
BD Pennkanyl	41 125 kr

Centrum för neurologi

Centrum för neurologi, Akademiskt specialistcentrum
Läkemedel med största totalbelopp på substansnivå (ATC 7)
Period: 202101 – 202112 (jmfr 2020).

Nr	Atckod	Substans	Produktexempel	Belopp 202101 - 202112 (Tkr)	Diff. (Tkr)	Special-läkemedel	Kloka listan 2022	Kloka listan med tillägg
1	L04AA27	Fingolimod	Gilenya	13364	-788	x		
2	L04AA23	Natalizumab	Tysabri	11630	-773	x		
3	L04AX07	Dimetylfumarat	Tecfidera	9424	-1000	x		
4	N04BA02	Levodopa och dekarboxylashämmare	Madopark	6643	968		x	
5	L01FA01	Rituximab	Rixathon	6089	-416	x		
6	N04BA03	Levodopa, dekarboxylashämmare och COMT-hämmare	Sastravi	3723	2487	x		
7	L04AA40	Kladribin	Mavenclad	3069	-230	x		
8	L04AA36	Okrelizumab	Ocrevus	1657	402	x		
9	L03AB07	Interferon beta-1a	Avonex	1387	-234	x		
10	L04AA31	Teriflunomid	Aubagio	1126	-78	x		
11	N04BD03	Safinamid	Xadago	1065	410	x		
12	N07XX07	Fampridin	Fampyra	1003	242	x		
13	L03AX13	Glatirameracetat	Copaxone	845	-188	x		
14	N06BA12	Lisdexamfetamin	Elvanse	596	126	x		
15	N04BC09	Rotigotin	Neupro	574	-89	x		
16	L03AB13	Peginterferon beta-1a	Plegridy	549	68	x		
17	N04BC04	Ropinirol	Requip	524	-42	x		
18	G04BD12	Mirabegron	Betmiga	472	46			
19	N04BC05	Pramipexol	Sifrol	415	-116		x	
20	N06BA07	Modafinil	Modafinil Sandoz	267	-164	x		

Överviktscentrum

Överviktscentrum, Akademiskt specialistcentrum.
Läkemedel med största totalbelopp på substansnivå (ATC 7)
Period: 202101 – 202112 (jmfr 2020)

Nr	Atckod	Substans	Produktexempel	Belopp 202101 - 202112 (Tkr)	Diff. (Tkr)	Special-läkemedel	Kloka listan 2021	Kloka listan med tillägg
1	A10BJ02	Liraglutid	Victoza	452	-212		x	
2	A08AB01	Orlistat	Orlistat STADA	51	1			
3	A08AA62	Bupropion och naltrexon	Mysimba	26	-19			
4	A12AX	Kalcium, kombinationer med vitamin D och/eller övriga läkemedel	Kalcipos-D forte	13	-4		x	
5	Artikel saknar ATC	Artikel saknar ATC		10	-5	x		
6	A07EC02	Mesalazin	Asacol	7	5	x		
7	A11CC05	Kolekalciferol	Divisun	7	-11		x	
8	B03BA01	Cyanokobalamin	Betolvex	5	1		x	
9	A16AX05	Zinkacetat	Wilzin	4	2	x		
10	B03AA01	Järn(II)glycinsulfat	Niferex	3	-1		x	
11	M03AX01	Botulinum toxin	Botox	3	-3	x		
12	B03AA07	Ferrosulfat	Duroferon	2	-1		x	
13	G04BE03	Sildenafil	Sildenafil Actavis	1	1		x	
14	R06AX27	Desloratadin	Aerius	1	1		x	
15	D02AX	Övriga hudskyddande och uppmjukande medel	Miniderm	1	0		x	
16	C09CA04	Irbesartan	Ifirmasta	1	-0			
17	A10BA02	Metformin	Metformin Actavis	1	-0		x	
18	B03BB01	Folsyra	Folvidon	1	-0		x	
19	N02BE01	Paracetamol	Alvedon	0	0		x	
20	M03BC51	Orfenadrin, kombinationer	Norgesic	0	0	x		