Stockholms läns landsting

34

Svar på skrivelse från Västerpartiet (V) om centralisering av vården

HSN 2018-0899

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Projekt- och utredningskontor
Björn Wettermark

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2018-10-11

HSN 2018-0899

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Svar på skrivelse från Västerpartiet (V) om centralisering av vården

Ärendebeskrivning

I en skrivelse till hälso- och sjukvårdsnämnden ställer Västerpartiet frågor om planerade centraliseringar av cancersjukvården och övrig vård, det hur det akuta omhändertagandet inom Stockholms läns landsting (SLL) påverkas av centraliseringar samt vilka slutsatser förvaltningen drar av kritiken mot Måns Roséns utredning.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande 2018-09-20
Yttrande över betänkande– Träning ger färdighet – Koncentrerar vården för patientens bästa (SOU 2015:98) (HSN 2016-0128)
Skrivelse från Vänsterpartiet om centralisering av vården

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att anse skrivelsen besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

I skrivelsen från Vänsterpartiet ställs ett antal frågor kring centralisering i vården i SLL. Nedan ges ett samlat svar på frågorna som ställs i skrivelsen.

1) *Vilka fortsatta centraliseringar inom cancersjukvården och övrig vård är planerade inom SLL inom överskådlig framtid? Och med vilken bakgrund?*

Det nationella nivåstruktureringsarbetet inom cancervården påbörjades innan Måns Rosens utredning lades fram. Landets regionala cancercentra (RCC) har utgått från relevant forskning i bedömningarna av vilka åtgärder som kan och bör koncentreras

till färre ställen i landet än sex. Omfattande internationell forskning visar att högre volym per opererande enhet respektive opererande kirurg ger bättre resultat. Även nationell forskning pekar i samma riktning, exempelvis resultat av koncentration av äggstockscancer Västra Götaland. Det mesta av nivåstruktureringsarbetet är nu genomfört inom cancervården. Det senaste gällde sarkom. Beslutet innebär ingen förändring inom SLL. Verksamheten fortsätter som tidigare på Karolinska universitetssjukhuset. Beslut som diskuterats gäller t.ex. njurcancer. Idag kan dessa operationer utföras på sex olika sjukhus inom Stockholm-Gotlandregionen. Inom RCC i Samverkan finns en nationell konsensus kring kriterier för nivåstrukturering. Enligt dessa kriterier ska njurcancer handläggas vid enheter som utför minst 50 operationer/år. I dag finns det enheter som opererar enstaka patienter/år. Beslut förväntas under 2019.

I arbetet med nivåstrukturering av cancervården finns det inga tydliga gränser för vilken volym som krävs för en viss åtgärd. Detta får hanteras per område och diskuteras alltid i RCCs sakkunniggrupper. Statistik över medicinska resultat kan vara missvisande när den bygger på låga volymer och okänd case-mix. I RCCs arbete används inte resultat i kvalitetsregister vid låga volymer som underlag. Det handlar inte om kirurgen utan hela teamets arbete och det är t.ex. viktigt att känna igen och kunna hantera svåra komplikationer. För att klara detta måste t.ex. nattsjuksköterskor möta patienter med denna komplikationen flera gånger. RCCs uppfattning är att det inte är rimligt att låta en kompetent kirurg resa runt och operera på flera ställen, då övrig personal på dessa ställen inte har samma erfarenhet. Inom området stor och komplicerad kirurgi måste det finnas en jourhavande kirurg som också har erfarenhet av den utförda operationen. RCC kräver av de nationella vårdenheterna att de har bemanning dygnet runt, året runt. När fler kliniker är inblandade måste de också ha service dygnet runt.

Att samla verksamhet till få platser ökar förutsättningarna för en bra forskningsmiljö, flera av åtgärderna som koncentreras nationellt behöver mer forskning exempelvis bukspottkörtelcancer. Att samla verksamhet till få platser ökar möjligheten till högkvalitativ utbildning för alla i teamet. ST-läkare kan som exempel inte läras upp genom tjänstgöring på lågvolymenhet. Även på en högvolymsenhet kan bara ett begränsat antal utbildas. Investering i dyr utrustning eller ny metod som ska testas bör också ske på få ställen (jämför t.ex. misslyckandet med införandet av operationsrobot och planeringen för införande av den nya, dyra och komplicerade CAR-T-behandlingen). Flera behandlingsenheter kan tillkomma senare.

Inom övriga vårdområden har Framtidsplanen för Hälso- och sjukvården i SLL varit vägledande för den koncentration som gjorts av vården i SLL. I Framtidsplanen ingår omfattande satsningar på vården utanför akutsjukhusen för att erbjuda mer vård där samtidigt som akutsjukhusens uppdrag renodlas. Det sker en omfattande strukturförändring av hela hälso- och sjukvårdsystemet inom SLL. Nya vårdformer har införts i det akuta omhändertagandet för vuxna och barn. Det akuta

omhändertagandet sker till allt större andel på husläkarmottagningar/ husläkarjourer och närakuter. Den nya vårdformen intensivakut för det allra mest högspecialiserade akuta omhändertagandet är en del av denna förändring. Tanken är att när en stor del av den högspecialiserade allra mest tekniskt komplicerade vården koncentreras till en plats i länet kan dessa resurser användas mer effektivt och komma fler till del. De centraliseringar som planeras ske under det närmsta året är en koncentration av den slutna öron-näsa-halssjukvården till Karolinska Huddinge. Karolinska Solna har endast trauma och cancer inom öron-näsa-halssjukvård. En viss centralisering av strokevården har även skett till Karolinska Solna då de ska bedöma behov av trombektomi.

I mars 2018 beslutade riksdagen att anta en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Den nya processen ersätter systemet med rikssjukvård och den nationella nivåstruktureringen av cancervården. För att få bedriva nationell högspecialiserad vård kommer tillstånd fattas av en ny nämnd, Nämnden för nationell högspecialiserad vård, som inrättas som ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen. Nämndens uppgift är att efter ansökningar från landstingen, besluta om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Besluten ska baseras på en bedömning av i vilken mån ett landsting uppfyller de uppdrags- och kravbeskrivningar som Socialstyrelsen tillsammans med särskilt utsatta sakkunniggrupper har tagit fram. Tillstånden ska gälla tillsvidare, vara förenade med villkor och kunna återkallas under vissa förutsättningar. Denna nämnd kommer även att ta över de beslut som skett inom RCC i samverkans kring nivåstrukturering inom cancerområdet.

I den nya nationella modellen har de nationella programområden som skapats inom landstingens gemensamma system för kunskapsstyrning en viktig roll, då de föreslår områden som kan vara föremål för nivåstrukturering. De första områdena som nu utreds nationellt är ett urval sällsynta tillstånd inom kvinnosjukvården (svår endometrios, avancerad kirurgi vid endometrios, trofoblastsjukdomar och avancerad fostermedicin/PGD) samt inom neurologi (avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom (DBS, duodopa och apomorfin), ryggmärgsskador och moyamoya sjukdom). Samtliga sjukdomsområden förväntas gås igenom under en femårsperiod.

I samband med att det nationella systemet gjorts om har landstingsdirektören initierat ett arbete med att ta fram en ny process för regional- och nationell nivåstrukturering i landstinget.

1) *Genomförs någon analys av hur det akuta omhändertagandet på sjukhusen i länet påverkas vid fortsatta centraliseringar?*

Den strukturförändring, i enlighet med Framtidsplanen, som sker i det akuta omhändertagande i länet följs kontinuerligt så väl på vårdgivarnivå som på systemnivå. Uppföljningen ska bland annat säkerställa patientsäkerhet, bedöma effekter av förändrade patientflöden eller förändrad vårdtyngd inom de lika vårdformerna i hälso- och sjukvården. Beroende av hur strukturförändringen fortlöper kan nya åtgärder, alternativa tillvägagångssätt och lösningar ske över tid.

RCC i Samverkan följer upp genomförda nivåstuktureringsbeslut. Under hösten görs strukturerade platsbesök hos aktuella vårdgivare där data samlas in och sammanställs. RCC Stockholm-Gotland deltar vid platsbesöken.

I det framtida arbetet med nivåstrukturering kommer analys av akuta omhändertagandet, men också nivåstruktureringens på övriga delar av vårdkedjan såsom rehabilitering att ingå som en viktig del. Nationellt ingår det i uppdragen för de sakkunniggrupper som Socialstyrelsen tillsätter. Regionalt kommer motsvarande ske och ingå i uppdragen för hälso- och sjukvårdsförvaltningen med stöd av länets regionala kunskapsstrukturer.

2) *Vilka slutsatser drar förvaltningen om kritiken mot Måns Roséns utredning och har man vidtagit åtgärder?*

I betänkandet ”Träning ger färdighet” framhöll regeringens särskilde utredare Måns Rosén att den högspecialiserade vården bör koncentreras till färre platser i landet. Argumenten var att kvaliteten och patientsäkerheten förbättras med ökande patientvolymer per sjukhus och behandlare. I rapporten redovisades både resultat från vetenskapliga studier och analyser av svenska registerdata. Enligt utredningen var effekterna rätt stora. Vid kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder visade studier på minskad dödlighet, färre komplikationer och bättre funktionsförmåga. Utredningen fann bland annat att risken att avlida inom 30 dagar efter operation var 23 procent högre för den som opereras på sjukhus med färre än 10 operationer per år av en viss typ, jämfört med den som opereras på sjukhus med fler än 100 operationer per år. Om patientvolymerna ökar till minst 100 ingrepp per år och sjukhus skulle upp till 500 dödsfall om året kunna undvikas, enligt utredningen.

Det var bland annat ovanstående siffror som ifrågasattes i dokumentären »Den stora sjukhusstriden« där utredningen kritiserades för att de jämfört skilda typer av ingrepp och patientgrupper, samt att samma patient räknats flera gånger. Vid flera mindre sjukhus i landet har även oron varit stor mot att ökad koncentration av vård skulle försvåra möjligheterna att bibehålla en akutverksamhet.

I den efterföljande debatten har Måns Rosén tillbakavisat kritiken. Han har medgett att vissa beräkningar kan ifrågasättas och att man med andra sätt att beräkna fr ett skattar antalet undvikbara dödsfall till 325. Det påverkar dock inte utredningens slutsatser, då de även baserats på en sammanställning av den vetenskapliga litteraturen.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen anser det olyckligt att det funnits oklarheter kring hur effekterna beräknats, men instämmer med utredarens slutsats att den förändrade siffran inte föranleder någon ändrad strategi. Förvaltningen anser fortfarande att det som regel är bra, ur patient- och vårdprocessperspektiv, att samla större kunskap, erfarenhet och volymer på ett begränsat antal nationellt och regionalt identifierade vårdenheter. En ökad koncentration motiveras främst utifrån medicinsk effekt och patientsäkerhet, men det finns även många andra argument såsom att vårdpersonalen behöver upprätthålla sin kompetens, kvaliteten i klinisk forskning förbättras med större volymer samt att ökad samordning kan leda till förbättrat helhetsansvar och effektivare resursanvändning.

I remissvaret till betänkandet »Träning ger färdighet« (HSN 2016-0128) lyfte förvaltningen även fram andra styrkor i den nya nationellt beslutade processen:
• Det är bra att låta profession och patienter definiera processer och vad (vilka vårdprocesser) som är betjänta av att kallas nationellt högspecialiserad vård medan politiker beslutar var denna ska bedrivas.
• Det är rimligt att Socialstyrelsen utreder och via en politiskt tillsatt nämnd beslutar om nationellt högspecialiserad vård, önskvärt med en kortare process (jämfört med dagens process för rikssjukvård) och att det kan finnas fler än två nationella centra.
• Det är bra att stärka och tydliggöra regionernas ansvar och roll för att regionalt samla högspecialiserad vård.

Då förvaltningens syn i sak inte ändrats, har några direkta åtgärder inte vidtagits med anledning av kritiken.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Margareta Tufvesson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Akten

Godkänd av Barbro Naroskyin, 2018-10-11

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-02-05

HSN 2018-0899

Handläggare:
Carl-Gustaf Elinder

Hälso- och sjukvårdsnämnden
2016-02-23, P 16

Yttrande över betänkande -Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98)

Ärendebeskrivning

Landstingsstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkande -Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-02-05
Sammanfattning av betänkande -Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98)

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

att till landstingsstyrelsen överlämna hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande over betänkande- Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98).

Förvaltningens motivering till förslaget

Utredningens uppdrag
Den 10 april 2014 beslutade regeringen att tillkalla en särskild utredare med uppgift att lämna ett förslag till hur den högspecialiserade vården kan utvecklas genom en ökad koncentration. Uppdraget innebär att:

- Precisera innehållet och omfattningen av begreppet högspecialiserad vård.
- Ta fram kriterier som grund för nivåstrukturering av den högspecialiserade vården.
- Ta fram en modell för bedömning, urval, beslut, genomförande, uppföljning och utvärdering av den högspecialiserade vården (nya processer - ökad koncentration).

Arbetet skulle utföras i brett samråd med berörda intressenter och slutredovisas i november 2015.

Ett antal utgångspunkter och så kallade ingångsvärden identifierades för utredningen:
- Patientens bästa - att göra hälso- och sjukvården bättre och säkrare för patienterna.
- Regionsjukvårdens framväxt och utveckling under mer än 50 år, allt sedan Regionvårdutredningen som tillsattes 1956 och att det idag krävs särskilt tillstånd från Socialstyrelsen för att bedriva rikssjukvård.

- Att nationell cancerstrategi antagits med bildandet av sex regionala cancercentra (RCC) vilka har till uppgift att utveckla strategier för prevention, planering och uppföljning av screeningprogram, utveckla effektiva vårdprocesser, medverka i framtagande av nationella riktlinjer och vårdprogram och en process för regional och nationell nivåstrukturering av cancervården.
- Utredningen Rätt information i vård och omsorg som lämnat förslag till en mer sammanhållen och ändamålsenlig informationshantering inom hälso- och sjukvården och inrättandet av ett nationellt beslutsorgan – samverkansnämnd – vid e-hälsomyndigheten.
- Socialstyrelsens traumautredning som anser att en väl utvecklad nationell samordning av traumavården är önskvärd, såväl för 'till vardags' som vid allvarliga händelser med många skadade och anser att det finns skäl att överväga om nivåstrukturering skulle kunna tillämpas även inom traumavården.
- Indelningskommittén (tillsatt) 2015 som ska föreslå en ny läns- och landstingsindelning med väsentligt färre län och landsting än dagens 21. Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 augusti 2017.

Vidare konstateras i utredningen att:

- Landstingen ansvarar för hälso- och sjukvården, men har olika förutsättningar.
- Landstingen samordnar vissa delar av sina uppdrag i sex sjukvårdsregioner; Södra, Sydöstra, Västra, Stockholm-Gotland, Uppsala-Örebro och Norra.
- Enligt Riksavtalet för utomlänsvård ska varje sjukvårdsregion komma överens om priser för utomlänsvården i regionen.
- Tillstånd för att bedriva rikssjukvård meddelas av Rikssjukvårdsnämnden (RSN) som är ett särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen och inrättat på uppdrag av regeringen. Rikssjukvård i viss typ, kan enligt dagens regelverk, bedrivas vid högst två landsting. Processen från förslag till områden och beslut är lång och komplicerad. Det tar totalt tre och ett halvt till fyra och ett halvt år att utreda och besluta huruvida ett område ska anses vara rikssjukvård och var vården ska bedrivas.
  (Idag bedrivs rikssjukvård inom tolv områden; barncochleaimplantat, barnglaukom och barnkatarakt, barnhjärtkirurgi, svåra brännskador, medfödda hjärtfel vuxna, hjärttransplantation, intrauterina behandlingar, levertransplantation, lungtransplantation, plexus brachialisskador, viss kraniofacial kirurgi samt ögononkologi.)
- Samordning av cancervården på nationell nivå har också varit komplicerad och hittills har landstingen endast kunnat enas om att samla en typ av cancer (peniscancer) till två nationella centra.

Utredningens bedömningar
Träning och erfarenhet, väl fungerande team och större volymer ger bättre behandlingsresultat! Den vetenskapliga litteraturen, och vissa sammanställningar utförda inom ramen för utredningen, visar tydligt att när det gäller områden som kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder att sjukhus och personal som har gjort många åtgärder eller ingrepp uppvisar bättre patientresultat i form av minskad dödlighet, färre komplikationer och bättre funktionsförmåga. Såväl forskning som utbildning och kompetensutveckling gynnas av att patientvolymerna för högspecialiserad vård ökar genom koncentration. Dessa slutsatser stöds också av en internationell utblick mot bland annat Danmark, Norge och England.

Som riktmärke för volym anges 50-100 behandlingar/åtgärder per vårdenhet och år och att varje behandlare/team ska göra som minst 30 åtgärder per år. För sällsynta sjukdomar, med tanke på akutuppdraget och särskilda behov, kan avsteg från riktmärket motiveras.

Utredningen menar att de befintliga nationella processerna för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården inte är ändamålsenliga och tillräckliga.

Utredningens förslag till definitioner av högspecialiserad vård
Högspecialiserad vård är komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som bedrivs av landsting och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller höga kostnader för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt utnyttjande av hälso- och sjukvårdens resurser uppnås. Den högspecialiserade vården föreslås indelas i nationell respektive regional högspecialiserad vård. *Nationell högspecialiserad vård* ska bedrivas nationellt men inte i varje sjukvårdsregion. *Regional högspecialiserad vård* ska bedrivas i varje sjukvårdsregion men på ett begränsat antal enheter.

Utredningens förslag om vem som beslutar om, och var, högspecialiserad vård ska bedrivas
Utredningen föreslår att Socialstyrelsen beslutar vilken vård som ska anses vara nationell högspecialiserad vård respektive regional högspecialiserad vård. Till stöd för att avgöra vilka vårdprocesser som ska anses vara högspecialiserade föreslås att Socialstyrelsen tillsätter sakkunniggrupper för 15 – 20 sjukdomsgrupper. Dessa sakkunniggrupper, som ska bestå av experter/professionella och företrädare för patienter, lämnar förslag på vad som ska vara nationell och regional högspecialiserad vård och antal enheter. Bindande förslag på nationell nivå. Efter remiss beslutar Socialstyrelsen vilken vård som utgör nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas.

Dagens Rikssjukvårdsnämnd föreslås ersätts av ett nytt särskilt beslutsorgan vid Socialstyrelsen, *Nämnden för nationell högspecialiserad vård*. Nämnden beslutar, efter ansökningar från landstingen, om tillstånd och villkor för att bedriva nationell högspecialiserad vård. Tillstånden är inte tidsbegränsade, men kan omdefinieras och återkallas. Utredningen föreslår att nämnden består av folkvalda representanter från landstingen. Nämndens ledamöter, lämpligen en representant från respektive sjukvårdsregion, föreslås utses av regeringen och bestå av sex ledamöter samt ersättare.

Socialstyrelsen lämnar också rekommendationer till landstingen om vad som utgör regional högspecialiserad vård. Varvid sjukvårdsregionerna förutsätts skapa effektiva beslutsorgan med mandat att besluta om koncentration på regional nivå.

Utredningen formulerar krav på utförare av nationell högspecialiserad vård avseende kapacitet och hållbarhet, volym, kompetens och tillräcklig personalstyrka, samarbete och resurser, kvalitet och dokumentation, sammanhängande patientflöden, och forskning, utveckling och utbildning. Man pekar också på betydelsen av uppföljning av tillstånd för den nationella högspecialiserade vården och behovet av bättre, såväl regionalt som nationellt, nivåstrukturering av den akuta vården.

För att skapa goda förutsättningar för ett robust och transparant system för ersättning mellan de landsting som för en enskild vårdprocess levererar (utför) vård respektive beställer vård föreslår utredningen att nationella prisöverenskommelser för den högspecialiserade vården tas fram.

Vidare föreslår utredningen att sjukvårdsregionerna ska uppmuntra och underlätta sjukhusprofilering så att inte en för stor andel av den regionalt högspecialiserade vården hamnar på några få av regionens sjukhus. Privata vårdgivare ska också kunna bli regionalt högspecialiserade.

Konsekvenser av förslagen enligt utredningen
Utredarna menar att förslaget till nationell och regional specialisering av ett antal komplicerade vårdprocesser kommer att få tydliga positiva konsekvenser för patienternas hälsa och livskvalitet, och att den sannolikt innebär samhällsekonomiska vinster. Samtidigt menar utredarna också att förslaget innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen vilket kan få regionalpolitiska konsekvenser. En ökad koncentration av den regionala högspecialiserade vården får också konsekvenser för akutsjukvården.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens bedömning av utredningen och dess förslag
Hälso-och sjukvårdförvaltningen (HSF) anser att det bör beaktas att Stockholms läns landsting (SLL), tillsammans med Gotland, redan idag fungerar som en samordnad sjukvårdsregion och att SLL inte har de problem som kan förekomma vid samordning av flera olika landsting inom en region. Detta förhållande gör att SLL redan idag har möjligheter att realisera flera av utredningens förslag relativt enkelt, något som sannolikt påverkar SLL:s syn på och värdering av denna.

Förvaltningen börjar med att ta fasta på bra och användbara slutsatser och förslag;

- Utredningen innehåller användbara och bra definitioner på olika typer av högspecialiserad vård.
- Förvaltningen delar uppfattningen att det som regel är bra, ur patient- och vårdprocessperspektiv, att samla större kunskap, erfarenhet och volymer på ett begränsat antal nationellt och regionalt identifierade vårdenheter.
- Det är bra att låta profession och patienter definiera processer och vad (vilka vårdprocesser) som är betjänta av att kallas nationellt högspecialiserad vård medan politiker beslutar var denna ska bedrivas.
- Det är rimligt att Socialstyrelsen utreder och via en politiskt tillsatt nämnd beslutar om nationellt högspecialiserad vård, önskvärt med en kortare process (jämfört med dagens process för rikssjukvård) och att det kan finnas fler än två nationella centra.
- Nämnden för nationell högspecialiserad vård bör dock ha ett ojämnt antal deltagare (exempelvis sju) för att lättare kunna fatta beslut.
- Det är bra att stärka och tydliggöra regionernas ansvar och roll för att regionalt samla högspecialiserad vård.
- Förvaltningen anser, i likhet med utredningen, att det är angeläget att det upprättas ett nationellt ersättningssystem/nationella prislistor för den högspecialiserade vården. Patienter från olika regioner/landsting ska ur ett

kostnadsperspektiv hanteras på samma sätt samtidigt som den aktuella vårdgivaren/regionen/landstinget bör få kostnadstäckning. En ekonomisk modell som stödjer tanken på nationell högspecialiserad vård behöver tas fram.

Ett antal frågor och förslag i utredningen behöver dock enligt förvaltningen utvecklas ytterligare:

- Utbildningsansvar och möjlighet för utbildning av team och individer vid enheter högspecialiserad vård är centralt. Annars finns en påtaglig risk för försämrad kompetens och utbildning på mindre sjukhus. Hur detta praktiskt ska kunna genomföras samt finansieras är inte klart.
- Vissa regioner/landsting kan komma att känna sig åderlåtna – de får betala dyrt för vård som skapar jobb och utveckling i andra landsting och regioner.
- Ersättningen för nationellt högspecialiserad vård är svår att schablonisera. I vissa fall extremt dyr, exempelvis vid användning av mkt dyra specialläkemedel eller mycket komplicerade och långa vårdprocesser.
- Liksom för Socialstyrelsen rapport om traumavård vill förvaltningen framhålla behovet system för transporter av patienter till och från nationell högspecialiserad vård. Det gäller också finansiering och upprätthållande av denna samt i allra högsta grad vid den önskvärda nivåstruktureringen av traumavården.

Barbro Naroskyin
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Carl-Gustaf Elinder
Avdelningschef

SKRIVELSE

Stockholms läns landsting
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN

2018-06-19

Vänsterpartiet

Skrivelse av Vänsterpartiet om centraliseringen av vården

Mycket kritik har på sista tiden riktats mot Måns Roséns utredning "Träning ger färdighet", som förespråkar centralisering av delar av den högspecialiserade vården. Det verkar också som om många landsting – däribland SLL – har använt utredningen som förevändning för att driva på egna centraliseringar och nivåstruktureringar, exempelvis inom cancersjukvården. Vi har fått information om att samarbetet mellan sjukhusen snarast har försvårats av den uppdelning av cancerkirurgi som finns inom SLL. Förra sommarens cancerköer på Karolinska sjukhuset med dödliga utgångar för minst två patienter berodde på att Karolinska inte tog emot hjälp av andra sjukhus. Karolinska är ensamutförare av cancerkirurgi i bukspottskörteln och Danderyds sjukhus (som tidigare utfört sådana operationer) ansågs då inte tillräckligt kunniga för att hjälpa till. Om detta är orsaken så kan knappast några patientsäkerhetsvinster finnas med att samtliga patienter med en viss cancertyp ställs i långa köer till ett specifikt centra som inte kan hantera sitt uppdrag.

Vi har fått information om att det framöver är planerat att Norrtälje sjukhus ska mista uppdraget att utföra viss tarmkirurgi. Att mindre sjukhus på det sättet blir av med viktiga kirurgiska verksamheter kan få konsekvenser för hela det akuta omhändertagandet i det området. Den operativa vanan hos de akuta teamen försämras då.

Med anledning av ovanstående vill Vänsterpartiet ha svar på följande frågor:

1. Vilka fortsatta centraliseringar inom cancersjukvården och övrig vård är planerade inom SLL inom överskådlig framtid? Och med vilken bakgrund?

2. Genomförs någon analys av hur det akuta omhändertagandet på sjukhusen i länet påverkas vid fortsatta centraliseringar?

3. Vilka slutsatser drar förvaltningen om kritiken mot Måns Roséns utredning och har man vidtagit några åtgärder?