Region Stockholm

5
Svar på skrivelse från (KD), (C), (M), (L), (MP), (S) och (SD) om den nationella högspecialiserade vårdens utveckling
VKN 2022-0133

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2022-10-06

VKN 2022-0133

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Svar på skrivelse från (KD), (C), (M), (L), (MP), (S) och (SD) om den nationella högspecialiserade vårdens utveckling

Ärendebeskrivning

I en skrivelse till vårdens kunskapsstyrningsnämnd föreslår (KD), (C), (M), (L), (MP), (S) och (SD) att hälso- och sjukvårdsdirektören skall återkomma till nämnden med en sammanställning av hur Region Stockholm ser på utvecklingen av den nationella högspecialiserade vården, såväl nationellt som regionalt, så att den på bästa sätt främjar utveckling av sjukvården och kommer patienterna till största möjliga nytta.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Skrivelse från (KD), (C), (M), (L), (MP), (S) och (SD)

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Skrivelsen om den nationella högspecialiserade vårdens utveckling anses besvarad.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattning

Den nationella högspecialiserade vården innebär en koncentrering av vård i syfte att förbättra vården för patienterna. Utvecklingen av nationell högspecialiserad vård brottas med utmaningar för att uppnå målsättningen om ökad patientnytta. Förutsättningarna för FoUUI (forskning, utbildning, utveckling och innovation) påverkas också starkt. Erfarenheterna så här långt visar på att den snabba sekventiella arbetsprocessen riskerar att ge oönskade effekter på helheten för vården. Nuvarande vårdvolymer och

uppgifter om vårdkvalitet hos nuvarande utförare utgör inte en tydlig faktor för bedömning inför tilldelning av NHV-tillstånd. Det finns ingen inbyggd kontrollmekanism i nuvarande system såsom tidsbegränsade tillstånd eller annan systematisk och regelbunden prövning av tillstånden. Vidare saknas det en tydligt formulerad målbild för utformningen av vård- och FoUUI-uppdragen vid de olika universitetssjukhusen i landet. Det finns nu betydande nationell och internationell erfarenhet av nivåstrukturering. En nationell utvärdering av den nuvarande processen utifrån denna skulle kunna utveckla systemet i riktning mot ökad patientnytta och stärkt systemperspektiv. Ett sänkt tempo i genomförandet skulle ge systemet möjlighet att kunna justera för oförutsedda negativa effekter.

Bakgrund
Högspecialiserad vård definieras som vård som kräver hög kompetens och är komplex och/eller sällan förekommande. Nivåstrukturering av högspecialiserad vård startade under 1980-talet med det så kallade Riksavtalet – RIA. Syftet var att lösa samordningsproblem och att åstadkomma en bättre och mer jämlik vård nationellt. RIA innebar en samordnad central planering och styrning i Landstingsförbundets regi. Landstingsförbundet utredde tillsammans med Socialstyrelsen RIAs effekt på samordningen av den högspecialiserade vården 1988. Resultatet bedömdes som otillfredsställande och systemet med en central styrning av den högspecialiserade sjukvården beslutades upphöra 1990. Efter en överenskommelse mellan Landstingsförbundet och Socialstyrelsen skapades i stället en ny styrningsprocess där huvudmännen fick rätt att "fritt köpa och sälja" högspecialiserad sjukvård samt själva avgöra eventuell etablering av sådan sjukvård. I syfte att värna patientsäkerheten upprättade Socialstyrelsen ”Vårdkatalogen”, ett system för information, uppföljning och utvärdering av vården och en tillhörande förteckning över utbudet av högspecialiserad sjukvård av rikskaraktär.

År 2002 analyserade regeringen på nytt förutsättningar, utmaningar och framgångsfaktorer för att utveckla den högspecialiserade sjukvården och den kliniska forskningen. Efter propositionen ”Nationell samordning av rikssjukvården” (Proposition 2005/06:73) beslutades en särskild lag om rikssjukvård, det vill säga hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting och som samordnas med landet som upptagningsområde och inrättandet av en Rikssjukvårdsnämnd. Rikssjukvårdens syfte och innehåll preciserades också i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL §§ 9ab 1 januari 2007).

Under perioden 2007 – 2018 definierades och centraliserades utförandet av 16 rikssjukvårdsområden fördelade på åtta olika sjukhus i sex landsting och

regioner. Dåvarande Stockholms läns landsting erhöll nio tillstånd, varav sex kom att förvaltas av Karolinska Universitetssjukhuset, två av S:t Eriks ögonsjukhus och ett av Södersjukhuset.

Betänkandet En nationell cancerstrategi för framtiden (SOU 2009:11) utgjorde grund för regeringens beslut att tillsätta en nationell cancersamordnare med ett uppdrag att främja etableringen av regionala cancercentrum (RCC). Utredarens förslag fastställdes 2011 och i samarbete med dåvarande Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bildades RCC runt om i landet med RCC i samverkan som paraplyorganisation. Den samlade uppdragsbeskrivningen för RCC omfattar även nivåstrukturering inom cancersjukvården och fram till idag har tio olika cancerområden centraliserats.

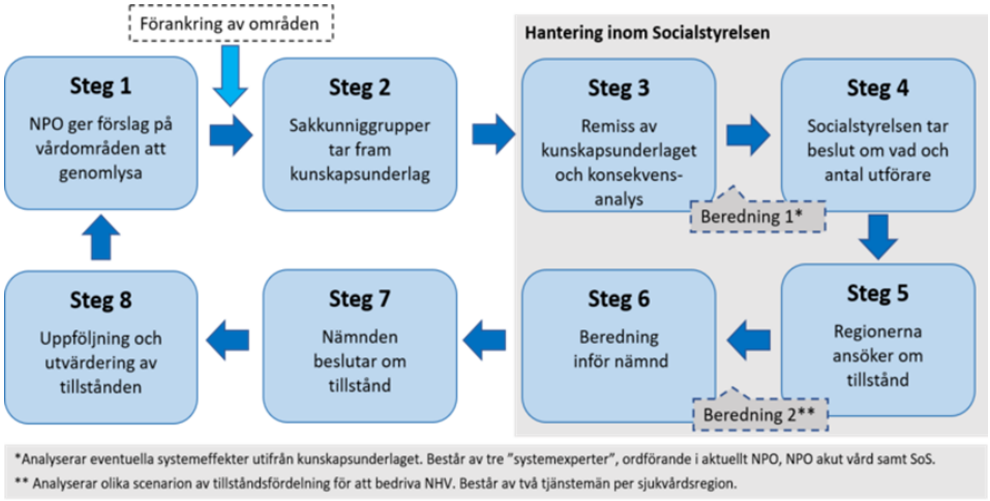
I april 2014 tillsatte regeringen på nytt en utredning om den framtida organisationen av den högspecialiserade vården i Sverige. Utredningen leddes av Måns Rosén och resultatet presenterades hösten 2015 (SOU 2015:98 Träning ger färdighet) Den bärande idén i utredningen var att högre volym ger bättre kvalitet i vården.

	Rikssjukvård 2007-2018	Nationell högspecialiserad vård 2018 -
Omfattning	• Cirka 0,1 % av slutenvården • Endast landstingsdriven sjukvård • Tillstånd utifrån givna kombinationer av diagnoser och åtgärder	• Förväntas omfatta 4-5% av slutenvården • All offentligt finansierad vård • Tillstånd utformas med större beaktande av hela vårdkedjan
Beslut om tillstånds-avgränsningar	• Rikssjukvårdnämnden beslutar om vilken vård som skall definieras som rikssjukvård	• Sakkunniggrupper med patientrepresentanter föreslår tillståndsområden och Socialstyrelsen fattar beslut
Beslut om utförare	• Rikssjukvårdsnämnden beslutar om antal tillståndshavare, högst två utförare per område • Rikssjukvårdsnämnden fattar beslut om vilka utförare som erhåller tillstånd	• Socialstyrelsen fattar beslut om antal nationella utförare, maximalt fem utförare per område • Nämnden för högspecialiserad vård fattar beslut om vilka utförare som erhåller tillstånd
Nämndens sammansättning	• En ledamot per sjukvårdsregion, Vetenskapsrådet, Kammarrätten och SBU. Ordf. från Socialstyrelsen • Respektive sjukvårdsregion och myndighet utser sina egna nämndrepresentanter	• En representant per sjukvårdsregion samt en ordförande från Socialstyrelsen • Regeringen utser nämndens representanter
Tillståndslängd	• Tillståndsperioder på 5 år	• Tillstånd gäller tills vidare

Tabell 1. Skillnader mellan systemet för rikssjukvård 2007-2018 och systemet för nationell högspecialiserad vård 2018 framåt.

Med utgångspunkt i Måns Roséns utredning gav regeringen i januari 2017 Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en ny arbetsprocess för att nivåstrukturera den högspecialiserade vården på nationell nivå. I juni 2017 presenterade Socialstyrelsen ett förslag på denna nya arbetsprocess, som sedan har justerats och utvecklats. I november 2017 fastställde riksdagen propositionen ”En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården” (Proposition 2017/18:40). Rikssjukvården ersattes av Nationell Högspecialiserad Vård (NHV) i Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) den 1 juli 2018. Tidigare utfärdade rikssjukvårdstillstånd gäller tills vidare enligt HSL 2017:30 7 kap § 5a. I reformen ingår även att de cancerområden som centraliserats i RCC regi ska övergå i NHV. Väsentliga skillnader mellan systemet för rikssjukvård och det nuvarande för NHV sammanfattas i tabell 1.

I Socialstyrelsens underlag anges att det uttalade målet med NHV är att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras samtidigt som resurserna används på ett effektivt sätt. Den bärande tanken i NHV-arbetet är att en större volym per vårdenhet ska ge bättre vårdkvalitet för patienterna. Socialstyrelsen ansvarar för beslut och tilldelning av NHV-områden. Socialstyrelsens arbetsprocess består av åtta steg illustrerade i figur 1.



Figur 1. Socialstyrelsens process för nationell högspecialiserad vård, *källa: Socialstyrelsen*

Socialstyrelsen samarbetar med nationellt system för kunskapsstyrning som drivs av Sveriges regioner i samverkan i de initiala stegen i NHV-processen. Varje nationellt programområde (NPO) har tagit fram förslag på

vårdområden att genomlysa inom ramen för nationell högspecialiserad vård. Dessa förslag finns sammanställda hos Socialstyrelsen i en bruttolista. Listan omfattar vid dags dato drygt 50 vårdområden, diagnoser eller åtgärder inom 33 olika huvudområden. Föreslagna områden på bruttolistan väljs sedan ut för genomlysning i separata sakkunniggrupper. Dessa tillsätts av Socialstyrelsen efter nominering av NPO. Områden som föreslås utgöra NHV beskrivs i en remiss där regionerna och andra intressenter kan ge synpunkter.

Inför beslut om nytt vårdområde bereds sakkunniggruppens slutgiltiga underlag av Beredningsgrupp 1 (B1) som leds av avdelningschefen för Kunskapsstyrning för hälso- och sjukvården på Socialstyrelsen. Gruppens ledamöter består av tre tjänstemän med erfarenhet av hälso- och sjukvård på verksamhets- samt systemnivå och aktuell ordförande i NPO akut vård. B1 utgår från sakkunniggruppens underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna. Förmågan att klara ett akutsjukvårdsuppdrag utan den omfattade vården skall särskilt beaktas. Därefter fattar Socialstyrelsen beslut om NHV-områdets avgränsning och totalt antal utförare. Antalet utförare kan vara mellan en och fem. Socialstyrelsens beslut kan inte överklagas.

Efter beslut om ett NHV område inbjuds regioner att ansöka om tillstånd för NHV-uppdragen under en utlysningsperiod. Ansökningarna utgörs av en ensidig blankett med uppgifter om sökande verksamhet och region samt en bilaga i form av en verksamhetsplan omfattande frågor på fem sidor. Frågorna är framåtsyftande kring hur verksamheten planerar att skötas och organiseras. Forskning berörs i en fråga i två led avseende om, och i så fall vilken, forskning som bedrivits inom området de senaste tio åren. Ansökan innehåller inga frågor om uppgifter om aktuella patientvolymer eller kvalitetsdata.

Inför tilldelningsbeslut bereds ansökningarna av Beredningsgrupp 2 (B2) ledd av generaldirektören för Domstolsverket. Gruppen består av 12 ledamöter på hög tjänstemannanivå där samverkansregionerna ingår med 2 personer per samverkansregion. Tillsammans ska de representera perspektiv från länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. B2 formulerar ett yttrande som underlag till beslut om tillstånd för nämnden för nationell högspecialiserad vård.

NHV	RS	VGR	RSk	RU	RV	RÖs	RÖr	RVN
Anorektala och urogenitala missbildningar	■		■					
Barnglaukom och barnkatarakt	■	■						
Avancerade brännskador				■		■		
Cochleaimplantat på barn	■							
Endometrioskirurgi	■	■	■	■				
EXIT	■							
Fosterterapi	■							
Hjärtkirurgi på barn		■	■					
GUCH kirurgi		■	■					
Hjärttransplantation		■	■					
Huvud- och halsparagangliom			■	■				
IVA där levertx kan vara indicerat	■	■						
Kraniofacial kirurgi		■		■				
Kroniska lungsjukdomar hos barn	*	*	■		■			
Levertransplantation	■	■						
Livmoderhalscancer	■	■						
Lungtransplantation		■	■					
Medfödda missbildningar på matstrupen	■		■					
Medfött diafragmabråck	■		■					
Moyamoya	■			■				
NET i buken	■	■	■	*				
Neuromuskulära sjukdomar	*	*	■			■		
Nätkirurgi vid prolaps och urininkontinens	■	■	■					
Osteogenesis imperfecta	■			■		■		
Peniscancer							■	
Plexus brachialisskador	■					■		
Preimplantatorisk genetisk diagnostik (PGD)	■	■						
Prematuritetsretinopati (ROP)	*	■	■					
Primär skleroserande kolangit	■	■	■	■	■			
Rekonstruktiv kirurgi efter förlossningsskada	■					■		
Ryggmärgsskador	**	*	■		■			
Svårbehandlat självskadebeteende	*	■	*					
Stamcellstransplantation vid systemisk skleros	■		■					
Transjugulär intrahepatisk shunt (TIPS)	■	■	■	■				
Trofoblastsjukdomar	■							
Svårbehandlade ätstörningar	*	*	■	*				■
Ögononkologi	■							
TOTALT (inklusive 7 undertillstånd)	29	21	20	10	3	5	1	1

Tabell 2. Tilldelade tillstånd för NHV.
(*ett tilldelat undertillstånd; **två tilldelade undertillstånd); RS, Region Stockholm; VGR, Västra Götalandsregionen; RSk, Region Skåne; RU, Region

Uppsala; RV, Region Västerbotten; RÖs, Region Östergötland; RÖr, Region Örebro; RVN, Region Västernorrland.)

Nämnden för nationell högspecialiserad vård är utsedd av regeringen och består av politiker från samverkansregionerna med Socialstyrelsens generaldirektör som ordförande. Nämndens beslut kan inte överklagas och tillstånd gäller tills vidare. Socialstyrelsen följer upp tillståndsinnehavare inom nationell högspecialiserad vård med årlig rapportering av resultat för ett antal överenskomma uppföljningsmått. Dessa publiceras publikt på Socialstyrelsens hemsida.

I dagsläget finns NHV-tillstånd för 37 områden varav sex har associerade undertillstånd. Ett område har två olika undertillstånd (förvärvade ryggmärgsskador). Region Stockholm förvaltar 29 NHV-uppdrag och sju undertillstånd. I tabell 2 redovisas en sammanställning av beslutade tillstånd och tillståndshavande region.

Överväganden
Region Stockholm är den region med flest tillstånd för NHV, samt den region som utför mest vård i landet. För i stort sett varje patientgrupp behandlas en femtedel till en fjärdedel av alla Sveriges patienter i regionen. Det innebär att för NHV-tillstånd som tillåter fyra till fem utövare, där regionen har tillstånd, kommer volymerna i stort motsvara befolkningsunderlaget. För vårdområden med färre tillstånd finns flera områden där regionen i praktiken redan är ensamutförare eller en nationellt stor aktör, och ett NHV-tillstånd innebär inga förändrade volymer. Inom mindre vårdområden kan ett tillstånd ge ett ökat antal patienter i proportion till regionens befolkningsunderlag, men sällan i absoluta tal. Det finns NHV-områden med större volymer, men sällan över 100 patienter per år. Region Stockholm rapporterade 2021 behandlingar av 1181 patienter inom ramen för de då 13 beviljade tillstånden. Detta skall sättas i relation till Region Stockholms årliga volym på över 300 000 slutenvårdstillfällen och över 20 000 000 öppenvårdsbesök. NHV-vårdens volympåverkan på Region Stockholms vård bedöms som måttlig och ökade patientvolymer i samband med nya NHV-tillstånd bedöms kunna hanteras inom regionens vårdkapacitet. Den högspecialiserade vården utgör en god och viktig bas för kompetensutveckling, forskning, undervisning och innovation i regionen. I Region Stockholm och på Karolinska Institutet har många investeringar i infrastruktur gjorts under en längre tid. Att erbjuda nationell högspecialiserad vård i Region Stockholm utgör ett effektivt resursutnyttjande av denna infrastruktur.

Den största regionala utmaningen för vården bedöms vara inom områden där regionen saknar tillstånd, eller riskerar att inte erhålla framtida tillstånd. Region Stockholm tillsammans med Karolinska Institutet och andra institutioner i regionen står för knappt hälften av den nationella forskningsproduktionen, och en fjärdedel av sjukvården. Avsaknad av tillstånd inom till exempel hjärtsjukvård, barnsjukvård eller neurologisk vård riskerar att allvarligt försämra möjligheter till utveckling och forskning inom dessa områden samt de vårdkedjor som är beroende av dem.

Arbetet med att koncentrera vården sedan 80-talet visar på svårigheterna att balansera mellan vårdens utveckling, effektivitet, förändring och regionala behov. De två propositionerna ”Nationell samordning av rikssjukvården” och ”En ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården” belyser inneboende förändringar inom den högspecialiserade vården. Vilka behandlingar som är att betrakta som högspecialiserad vård förändras över tid beroende på utvecklingen av behandlingsmetoder inom hälso- och sjukvården. Den tidigare processen med rikssjukvård kritiserades i den senare propositionen för att vara uppstyckad i smala områden vilket begränsat överblickbarheten och möjligheten att göra korrekta konsekvensbedömningar avseende patienternas behov av en sammanhållen vård, av akutuppdraget och av forskning och utbildning med mera. Region Stockholm noterar att det nya systemet med nationell högspecialiserad vård nu i princip uppvisar samma begränsningar som det tidigare.

Utvecklingen av den nationella högspecialiserade vården uppvisar tydliga utmaningar i att kunna uppnå syftet att främja en sjukvård som först och främst skall komma patienterna till största nytta. Region Stockholm menar att dessa utmaningar är starkt kopplade till Socialstyrelsens utformning av den aktuella processen. Utredningen av Måns Rosén och den följande propositionen som ligger till grund för dagens beslutprocess för högspecialiserad vård betonar tydligt värdet av koncentration av vård. Propositionen lyfter att sakkunniggrupperna förväntas att metodiskt se över samtliga sjukdomsområden. Vidare lyfts att ”sakkunniggrupperna…regelbundet bör se över om det finns skäl att omdefiniera vad som bör vara nationell högspecialiserad vård inom respektive sjukdomsområde.” Den tidigare processen med rikssjukvård kritiserades för att ”den styckade processen och valet av smala områden för koncentration har begränsat överblickbarheten och möjligheten att göra korrekta konsekvensbedömningar avseende patienternas behov av en sammanhållen vård, av akutuppdraget och av forskning och utbildning

m.m.” Dagens arbetsprocess med NHV har inte justerat dessa utmaningar eller säkerställt bibehållandet av de uppgifter som lyfts som viktiga. Systemets möjlighet att tydligt uppnå patientnytta begränsas av tre tydliga faktorer beskrivna nedan.

För det första utgör nuvarande vårdvolymer och uppgifter om vårdkvalitet hos nuvarande utförare inte en del av ansökningsprocessen, och är därmed inte en tydlig faktor för bedömning inför tilldelning av NHV-tillstånd. Detta innebär en risk att tillstånd beviljas verksamheter med små volymer och eller svagare resultat. I detta sammanhang är det viktigt att påminna om att grundhypotesen i Rosens utredning var att volym ger kvalitet och att systemets primära mål är att generera största möjliga patientnytta. Samlade bedömningar som primärt syftar till en fördelning av vården över landet bör inte vara avgörande i NHV-sammanhang.

För det andra försvårar den aktuella sekventiella processen där förslag från Socialstyrelsens bruttolista lyfts enskilt för vidare hantering en systematisk helhetsanalys. Det är en stor blandning av delvis överlappande förslag med olika logik och områdesavgränsningar. Sakkunniggrupperna har kompetens och uppdrag inom sina respektive områden men saknar såväl uppdrag som förutsättningar att analysera helhetsperspektivet. B1 har i uppdrag att för varje föreslaget tillstånd göra ett ställningstagande till om de positiva effekterna för hälso- och sjukvårdssystemet överväger. Avsaknad av en tydlig systemövergripande målbild och fragmentering av medicinska sakfrågor över tid försvårar för B1 att genomföra en solid horisontell och långsiktig analys. Som exempel så beslutades det om området och tilldelning för Osteogenesis imperfecta (medfödd benskörhet) innan sakkunniggruppen för skelettdysplasier påbörjat sitt arbete. Existerande äldre rikssjukvårdstillstånd omfattas inte av analysen vilket försvårar bedömningen på systemnivå av nya områden inom exempelvis avancerad barnsjukvård, hjärtsjukvård, neurologi och transplantation. Det eftersträvade helhetsperspektivet går då förlorat. Regionerna påverkas också av möjliga dominoeffekter av tilldelningsbeslut som inte kan förutses vid det första tilldelningsbeslutet. Regioners universitetssjukhus som inte tilldelas ett specifikt NHV-uppdrag inom ett bredare, högspecialiserat ämnesområde, riskerar senare att inte kunna tilldelas ytterligare uppdrag inom det bredare området. Till exempel så innebär avsaknad av viss barnkirurgi minskade möjligheter för annan avancerad barnkirurgi inom tarmsvikt och inflammatorisk tarmsjukdom. Avsaknad av viss avancerad hjärtkirurgi påverkar möjligheterna till annan avancerad hjärtkirurgi och hjärtsjukvård.

För det tredje innebär systemet med icke tidsbegränsade tillstånd en risk för patientnyttan på lång sikt om systemet inte har möjlighet till förändring utifrån en reviderad samlad konsekvensanalys. Ett tydligt systemperspektiv kräver en kunskap om den totala konsekvensen av många NHV-områden, där de sammanvägda konsekvenserna kan skilja sig från den analys som sker i den uppdelade process som nu pågår.

Behovet av ett föränderligt system är också viktigt för att säkra förutsättningarna för FoUUI. Den ständiga utvecklingen inom vård och forskning leder till att högspecialiserad vård och extraordinära behandlingar successivt sprids till andra nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet så snart det utgör ny etablerad och välkänd rutin. Detta breda tillgänglighetsgörande för större patientgrupper får inte motverkas av systemets organisation. Som exempel kan nämnas utvecklingen av titthålskirurgi och kateterburen intervention vid kranskärlssjukdom. Två ingrepp som startade som utvecklingsprojekt inom ramen för annan närliggande högspecialiserad vård men nu kan erbjudas patienter i alla regioner. Införandet av nya metoder för ofta med sig att den nya kunskapen leder till en utrangering av äldre diagnostik- eller behandlingsmetoder. I detta perspektiv utgör universitetssjukvården med internationell konkurrenskraft och samarbete en motor för ständig kompetensutveckling. Det är av avgörande betydelse för patienterna att denna dynamiska utveckling kan fortsätta, och att NHV-processen inte motverkar sitt utvecklingsbefrämjande syfte. Tidsbegränsade tillstånd är ett sätt att hantera behovet av inbyggd förändring genom att säkerställa en möjlighet att omforma eller avveckla NHV-uppdrag i takt med sjukvårdsutvecklingen.

I underlagen för processen för NHV-beslut saknas resonemang och analyser kring förutsättningarna för universitetssjukvården och dess utförare att vara kompletta i ett större internationellt perspektiv. Denna dimension är av stor betydelse i ett FoUUI-perspektiv. Förutsättningarna för forskning inom större vårdområden påverkas ovillkorligen då ett eller flera högspecialiserade områden saknas i verksamheten. Detta gäller särskilt translationella studier där resultat från experimentell forskning lyfts in i kliniskt arbete. De större universitetssjukhusen får utmaningar att hantera det samlade utvecklingsuppdraget inom stora vårdområden om vissa delar av verksamheten/vårdutbudet saknas. Möjligheterna till starka internationella samarbeten med ledande universitetssjukhus och lärosäten äventyras då delar av vårdutbudet saknas. Det finns risk för utarmning av kompetenser och resurser hos mindre universitetssjukhus över tid om omformningen av uppdraget inte genomförs systematiskt och med en fastställd målbild för universitetssjukhuset som grund. För att säkerställa

en god utveckling inom vårdsystemet behövs en definition av miniminivå för upprätthållande av universitetssjukvården och dess roll som utvecklingsmotor i varje samverkansregion. Detta behov behöver vara en del av konsekvensanalysen vid beslut och tilldelning om NHV-områden.

På motsvarande sätt behövs också en definition av den högre nivå som det internationellt konkurrenskraftiga, kompletta universitetssjukhuset minst måste uppnå. NHV-systemet behöver då starkare beakta och betona FoUUI-perspektivet som villkor för kontinuerlig och konkurrenskraftig vårdutveckling. En koppling till ett eller flera medicinska lärosäten är avgörande för det internationella universitetssjukhusets utveckling. Ambitionen att ligga i internationell framkant inom Life Science är tydligt beskrivet på nationell nivå och hos flera regioner. Denna målsättning fordrar att minst ett universitetssjukhus i Sverige ges förutsättningar att utvecklas som en komplett vårdgivare och FoUU-aktör inom universitetssjukvården. Detta är nödvändigt för att vi skall kunna erbjuda patienter högsta vårdkvalitet i Sverige. Om Sverige saknar universitetssjukhus som motsvarar internationell standard inom vård, forskning och utveckling, försämras förutsättningarna att upprätthålla internationell konkurrenskraft. Patienter kan komma att söka sig utomlands för att få adekvat vård. Vi har redan utmaningar att erbjuda samlad vård då vi i Sverige har sjukhus med avancerad traumavård utan kompetens för avancerade brännskador, och universitetssjukhus med ledande barnkardiologi utan kompetens inom barnhjärtkirurgi. Det finns ensamutförare i den ovanliga behandlingsmetoden phrenicusstimulering som står utanför NHV-systemet och området viss vård av barn med kronisk lungsjukdom. Regionernas förutsättningar att kunna arbeta långsiktigt med vårdens innehåll och utveckling utmanas av att avsaknad av NHV-tillstånd ger en minskad attraktivitet med risk för ökande svårigheter för kompetensförsörjning. Avgränsningen av NHV-vård leder till randzonseffekter vid de regioners universitetssjukhus som inte erhåller ett tillstånd. Till exempel förloras kompetens av betydelse för ingående samt närliggande medicinska områden.

Region Stockholm noterar att det fortfarande finns utestående frågor kring de ekonomiska effekterna av NHV-systemet för landets alla regioner. Systemet blir tvingande för icke-tillståndshavande regioner att betala för vården i andra regioner, och det saknas tydlighet kring prissättning för tillståndshavande regioner. De ekonomiska effekterna för regionerna efter fördelning av vård inom samtliga föreslagna områden kan inte överblickas. Det saknas tydlighet kring beräkningsmodeller för kostnader samt risk för priskonkurrens mellan flera tillståndshavare. Nödvändiga och NHV-

oberoende investeringar i hälso- och sjukvårdens infrastruktur kommer ovillkorligen att bidra till en ojämn prissättning mellan olika regioners vårdgivare.

Regionen utmanas av svårigheten att förutse alla konsekvenser av nu beslutade områden och osäkerheten kring kommande, och hur de påverkas av tidigare skeenden. Det finns en risk att vårdutbudet kan påverkas negativt framöver vilket kan försämra regionens möjligheter till stark och internationellt konkurrenskraftig FoUUI.

Avslutningsvis ser Region Stockholm utmaningar i det befintliga NHV-systemet. Samtidigt skall möjligheter att utveckla systemet utifrån ambitionen att öka patientnyttan betonas. För en god utveckling av sjukvården i framtiden uppmuntras också ett tydligt arbete för att nationellt bibehålla både flera universitetssjukhus och säkra minst en aktör som motsvarar de världsledande institutionerna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Klicka här för att fylla i vilka beslutet ska skickas till

Godkänd av Magnus Thyberg, 2022-10-06

Region Stockholm

SKRIVELSE

VÅRDENS KUNSKAPSSTYRNINGSNÄMND 2022-06-15
Kristdemokraterna
Centerpartiet
Moderaterna
Liberalerna
Miljöpartiet
Socialdemokraterna
Sverigedemokraterna

Den nationella högspecialiserade vårdens utveckling

Sedan 2018 har Sverige en ny beslutsprocess för den högspecialiserade vården. Nationell högspecialiserad vård är offentligt finansierad vård som bedrivs vid högst fem enheter i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens och tillgänglighet. Det handlar om vård av ovanliga sjukdomstillstånd som kräver personal med hög spetskompetens och ibland avancerad utrustning.

Syftet med nationell högspecialiserad vård är att vården ska bli mer jämlik, effektiv och vårdkvaliteten bättre om verksamheten koncentreras till färre sjukhus. Det är Socialstyrelsen som utreder och bestämmer vilken vård som ska vara nationell högspecialiserad vård. Därefter kan regionerna ansöka om tillstånd att bedriva vården.

Koncentrationen av den nationella högspecialiserade vården är bra och nödvändig ur många perspektiv. Samtidigt behöver vi få en överblick över hur de nya nationella uppdragen påverkar det befintliga vårdsystemet för Region Stockholms invånare. Förändringarna påverkar fundamentalt framtidens sjukvårdsstruktur och frågan måste drivas med en sammanhållande diskussion och analys av hur olika beslut påverkar helheten. Det är viktigt att ha reformens syfte framför ögonen, koncentration ska leda till tydlig patientnytta.

Därför föreslås att Vårdens kunskapsstyrningsnämnd ger hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag:

- Att återkomma till nämnden med en sammanställning av hur Region Stockholm ser på utvecklingen av den nationella högspecialiserade vården, såväl nationellt som regionalt, så att den på bästa sätt främjar utveckling av sjukvården och kommer patienterna till största möjliga nytta.