Stockholms läns landsting

Landstingsrådsberedningen

SKRIVELSE
2016-03-30

LS 2016-0098

Landstingsstyrelsen

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

Föredragande landstingsråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting har beretts möjlighet att yttra sig över Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98).

Förslag till beslut

Landstingsrådsberedningen föreslår landstingsstyrelsen besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet över Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Landstingsrådsberedningens motivering

Den vetenskapliga litteraturen visar att forskning, utbildning och kompetensutveckling gynnas av att högspecialiserad vård koncentreras. Det gäller främst inom områden som kirurgi, ortopedi och akuta medicinska åtgärder.

Vårdpersonal som genomför många åtgärder och ingrepp har bättre resultat i form av minskad dödlighet, färre komplikationer och uppnår bättre funktionsförmåga hos patienten. Ett riktmärke är en volym om 50 – 100 behandlingar/åtgärder per vårdenhet och år eller att varje team bör göra 30 åtgärder per år. För mer sällsynta sjukdomar kan avsteg göras från detta riktmärke.

Utredningen föreslår att viss högspecialiserad vård koncentreras. Den högspecialiserade vården bör delas upp i nationell högspecialiserad vård som ska bedrivas på nationell nivå och i regional högspecialiserad vård som ska bedrivas regionalt vid ett begränsat antal enheter. Socialstyrelsen

föreslås få i uppgift att besluta om vilken vård som ska anses vara högspecialiserad på nationell respektive regional nivå.

Ett nytt beslutsorgan *Nämnden för nationell högspecialiserad vård* inrättas. Nämnden föreslås bestå av folkvalda representanter från sjukvårdshuvudmännen och de ska utses av regeringen. Nämnden ska bestå av sex ledamöter med ersättare – en representant från varje sjukvårdsregion.

Tillstånden för att bedriva den högspecialiserade vården ska inte vara tidsbegränsade, men kan återkallas. Nationella prisöverenskommelser för vårdinsatserna bör gälla.

Landstingsstyrelsen delar utredningens förslag att viss högspecialiserad vård bör koncentreras. Det är i regel bra ur patient- och vårdperspektiv. Det är positivt att Socialstyrelsen ska utreda och lämna förslag om vad som är högspecialiserad vård och var vården ska bedrivas.

Styrelsen anser att det är viktigt att en politisk tillsatt nämnd inrättas och beslutar om lokalisering av den högspecialiserade vården. Patienter och vårdpersonal bör involveras i denna process. Det är angeläget att ett nationellt ersättningssystem inrättas. Det är enligt styrelsens mening viktigt att ytterligare belysa frågor om utbildningsansvar och möjligheter till utbildning för vårdpersonal vid berörda enheter, ersättningssystemets innehåll och ansvaret för transporter av patienter.

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 10 mars 2016
Förslag till yttrande
Sammanfattning av Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98)
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 23 februari 2016 med S- och MP-ledamöternas reservation
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtende den 5 februari 2016

Torbjörn Rosdahl

Anna Starbrink

Carl Rydingstam

Landstingsstyrelsens förvaltning
Landstingsdirektörens stab

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-03-10

LS 2016-0098

Handläggare:
Clara Wahren

Landstingsstyrelsen

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -03- 11
Dnr LS 2016-0098
Rskel II

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

Ärendebeskrivning

Stockholms läns landsting har beretts möjlighet att yttra sig över Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98).

Beslutsunderlag

Landstingsdirektörens tjänsteutlåtande den 10 mars 2016
Förslag till yttrande
Sammanfattning av Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98)
Hälso- och sjukvårdsnämndens protokollsutdrag den 23 februari 2016 med S- och MP-ledamöternas reservation
Hälso- och sjukvårdsförvaltningens tjänsteutlåtende den 5 februari 2016

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande till Socialdepartementet över Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) i enlighet med landstingsdirektörens förslag till yttrande.

Förvaltningens förslag och motivering

Sammanfattning
Stockholms läns landsting har beretts möjlighet att yttra sig över Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98). Förvaltningen lyfter i yttrandet fram både några förslag och slutsatser samt ett antal frågor som behöver utvecklas ytterligare.

Bakgrund
Stockholms läns landsting har beretts möjlighet att yttra sig över Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98).

Hälso- och sjukvårdsnämnden har yttrat sig i frågan. Detta tjänsteutlåtande har sin grund i nämndens behandling, men yttrandet har kompletterats med ytterligare inkomna synpunkter.

Överväganden
I landstingsdirektörens förslag till yttrande lyfter förvaltningen fram några förslag och slutsatser, samt pekar på ett antal frågor och förslag i utredningen som behöver utvecklas ytterligare. Den regionala nivåstruktureringen behöver också fortsatt vara ett ansvar för landstingen inom de regionala sjukvårdsregionerna. Socialstyrelsens uppgift bör begränsas till att vara kunskapsinsamlande, rådgivande och stödjande. Däri kan det ingå att genom systematiska genomgångar av all specialiserad hälso- och sjukvård visa hur jämlik vård, och för patienten värdefulla och effektiva vårdkedjor, kan skapas. Utbildningsansvaret är centralt och finansiering och genomförande av utbildning måste därför klargöras. Med alltför många policyskapande och riktlinjeangivande organ finns en risk att utvecklingsansvaret mellan regioner och landsting respektive den nationella nivån blir oklar. Frågan kring ersättning av nationell högspecialiserad vård måste utredas vidare liksom ansvaret för transporter av patienter till och från nationell högspecialiserad vård.

Ekonomiska konsekvenser av beslutet

Beslutet har inga ekonomiska konsekvenser.

Miljökonsekvenser av beslutet

I enlighet med landstingets Miljöpolitiska program 2012-2016 har hänsyn till miljön beaktats och slutsatsen är att det inte är relevant med en miljökonsekvensbedömning i detta ärende.

Toivo Heinsoo
Landstingsdirektör

Anna Nergårdh
Chefläkare

Landstingsstyrelsen

YTTRANDE
2016-04-12

LS 2016-0098

Socialdepartementet

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

Stockholms läns landsting, tillsammans med Gotland, är en väl etablerad sjukvårdsregion. Detta förhållande gör att Stockholms läns landsting redan idag har möjligheter att realisera flera av utredningens förslag, något som också påverkar landstinget förhållningssätt till utredningen.

Stockholms läns landsting väljer att lyfta fram några slutsatser och förslag:

- Utredningen innehåller användbara och bra definitioner på olika typer av högspecialiserad vård.
- Landstinget delar uppfattningen att det som regel är bra ur patient- och vårdprocessperspektiv att samla kunskap, erfarenhet och större volymer på ett begränsat antal nationellt och regionalt identifierade vårdenheter.
- Det är bra att det utvecklas former för att än mer involvera patienter och professioner i att definiera processer och vad (vilka vårdprocesser) som är viktiga att samla som nationellt organiserad högspecialiserad vård. Och att politiskt förankrade organ beslutar var denna ska bedrivas.
- Det är rimligt att Socialstyrelsen utreder och lämnar till en politiskt tillsatt nämnd att besluta om nationell högspecialiserad vård. Det är önskvärt med en kortare process (jämfört med dagens process för rikssjukvård). Det är vidare angeläget att kvalité och långsiktiga utvecklingsmöjligheter blir mer avgörande än på förhand bestämt antal centra.
- Det är bra att stärka och tydliggöra landstingens/regionernas ansvar och roll för att regionalt samla högspecialiserad vård.
- Landstinget 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 ett likvärdigt sätt samtidigt som den aktuella vårdgivaren/regionen/landstinget bör få kostnadstäckning. En ekonomisk modell som stödjer tanken om nationell högspecialiserad vård behöver tas fram.

Ett antal frågor och förslag i utredningen behöver utvecklas ytterligare:

- Utbildningsansvar och möjlighet för utbildning av team och individer vid enheter för högspecialiserad vård är centralt. Annars finns en påtaglig risk för försämrad kompetens och utbildning på mindre sjukhus. Hur detta praktiskt ska kunna genomföras behöver diskuteras och visas.
- Ersättningen för nationellt högspecialiserad vård är svår att schablonisera. I vissa fall kan den bli extremt dyr, exempelvis vid användning av mycket dyra specialläkemedel och mycket komplicerade och långa vårdprocesser. Formerna för hur ersättning och finansiering kan bidra till vårdens utveckling behöver förtydligas.
- Ansvaret för transporter av patienter till och från nationell högspecialiserad vård samt ansvaret för traumapatienter som flyttas över region/landstingsgränser är inte helt klarlagt.

Sammanfattning

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

Patientens bästa är utgångspunkten

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

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

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

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

Ökad koncentration leder till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna

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

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

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

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

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

Huvudförslag: Det behövs en ny nationell kunskaps- och beslutsstruktur

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

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

Definiera begreppet högspecialiserad vård

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

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

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

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

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

Ge Socialstyrelsen ansvaret för kunskaps- och beslutsstrukturen

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

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

Tillsätt ett antal sakkunniggrupper som tar fram underlag

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nivåstrukturering utvecklar hälso- och sjukvården

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

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

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

Övriga förslag från utredningen

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

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

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

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

PROTOKOLLSUTDRAG 2/2016
§ 35

SAMMANTRÄDESDAG
2016-02-23

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -02- 25
Dnr LS 2016-0098

Justerat Anna Starbrink (L)
Dag Larsson (S)

Anslagsdatum 2016-02-24

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

HSN 2016-0128

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)

Yrkanden

1) Ordförande (L) yrkar bifall till förvaltningens förslag.
2) Dag Larsson (S) och Susanne Nordling (MP) yrkar bifall till gemensamt förslag till beslut (bilaga 13).

Propositionsordning

Ordförande (L) ställer proposition på de två förslagen och finner att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar enligt ordförandes yrkande.

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).

Reservation

Dag Larsson (S) anmäler att S-ledamöterna reserverar sig mot beslutet.
Susanne Nordling (MP) anmäler att MP-ledamöterna reserverar sig mot beslutet.

Vid protokollet/rätt avskrivet intygas
Lykke Ask-Harborg

Expedieras:
Landstingsstyrelsen
Akten

BILAGA 13

Socialdemokraterna till beslut
Miljöpartiet de gröna

Förslag

Ärende 16
HSN 2016-0128

Gällande " yttrande över betänkande – Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98)"

I den statliga utredningen Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa (SOU 2015:98) var uppdraget att föreslå hur den högspecialiserade vården kan utveckas för att patienterna ska få tillgång till en bättre och mer jämlik hälso- och sjukvård. Utredningen presenterar ett antal förslag på hur det ska uppnås.

När det gäller den nationella nivåstruktureringen av hälso- och sjukvård är det i linje med utredningens förslag önskvärt att den processen effektiviseras.

Tittar vi på utredningens förslag när det gäller den regionala nivåstruktureringen är det positivt att det framgår i utredningen att det är landstinget som ansvarar för den regionala nivåstruktureringen och därmed hur denna ska omsättas lokalt och regionalt.

Däremot är vi kritiska till utredningens förslag att Socialstyrelsen ska få i uppdrag att systematiskt gå igenom all hälso- och sjukvård för att få ett helhetsgrepp. Professions- och patientföreträdare ska då bedöma vilken hälso- och sjukvård som ska koncentreras. Vi anser att detta är ett orealistiskt förslag. Att stora delar av vårdens medarbetare ska ägna tid åt dessa sakkunniggrupper är inte rimligt, snarare en gigantisk administration. Att också helt bortse från de strukturer kring landstingssamverkan som finns är olyckligt. Självklart finns det mycket inom landstingen samverkan som kan bli mer effektivt. Regionbildning är en sådan fråga som skulle underlätta samverkan men att som utredningen föreslår helt bortse från nuvarande strukturer gynnar inte en sådan utveckling. Myndigheternas arbete borde istället när det gäller regional eller lokal nivåstrukturering inriktas på att stödja och ta fram kunskap till landstingen i deras utvecklade samverkan med varandra.

En systematisk genomgång av all specialiserad hälso- och sjukvård skapar förutsättningar för ett helhetsgrepp kring hälso- och sjukvården. Därmed säkerställs att hänsyn tas till bl.a. akutsjukvården, forskning och utbildning samt att vårdkedjorna samordnas.

att bifalla utredningens förslag avseende nationell nivåstrukturering

att avslå utredningens förslag att regional nivåstruktureringen skulle administreras av Socialstyrelsen

att avslå utredningens förslag till att tillsätta en särskild utredning för att belysa behovet av och föreslå hur akutsjukvården kan nivåstruktureras.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2016-02-05

HSN 2016-0128

Handläggare:
Carl-Gustaf Elinder

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

Ankom
Stockholms läns landsting
2016 -02- 25
Dnr LS 2016-0098

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