

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2011-04-18

HSN 1101-0071

Handläggare:

Tore Broström

Regelbok för specialiserad öron- näsa- halssjukvård i öppenvård

Ärendebeskrivning

Ärendet innehåller förslag till regelbok samt en beskrivning av den öppna öron- näsa- halssjukvården i nuläget samt bedömda konsekvenser av att vårdval införs.

Beslutsunderlag

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-04-18, inkl. bilagor
Regelbok för specialiserad öron- näsa- halssjukvård i öppenvård

Ärendets beredning

Ärendet har beretts i Programberedningen för akutsjukvård.

Förslag till beslut

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* införa vårdval för specialiserad öron- näsa- halssjukvård i öppenvård enligt Lag om valfrihetssystem (LOV)
- att* godkänna regelbok för specialiserad öron- näsa- halssjukvård i öppenvård
- att* inbjuda vårdgivare att ansöka om godkännande av auktorisation för specialiserad öron- näsa- halssjukvård i öppenvård
- att* driftstart för avtal ska vara tidigast 2012-01-01
- att* omedelbart justera beslutet.

Förvaltningens motivering till förslaget

Beslut att planera för vårdval

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 23 juni 2009 "att uppdra till förvaltningen att planera vårdval för öppen somatisk specialistvård inom hudsjukvård, reumatologi, ögonsjukvård och öron- näsa- halssjukvård och återkomma till nämnden med förslag till regelbok". Motsvarande beslut fattades av nämnden för allergologi och gynekologisk öppenvård den 1 december 2009.

Till underlag för beslutet fanns en utredning för var och en av specialiteterna om förutsättningarna att genomföra vårdval.

Organisation av arbetet med regelboken för öron- näsa- halssjukvård

Ledningsgruppen för Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har utgjort styrgrupp för arbetet. Informationsmöten riktade till samtliga vårdgivare inom öron- näsa- halssjukvården har hållits vid tre tillfällen. En medicinsk referensgrupp med företrädare för såväl offentligt driven som privat vård har bistått med förslag och synpunkter under arbetets gång. Medicinsk sakkunniga inom och utom förvaltningen har anlitats vid avgränsningen av uppdraget och konstruktionen av ersättningsmodellen.

Uppdragsbeskrivning för öron- näsa- halssjukvård

Uppdraget föreslås innefatta öppen specialistvård som inte är högspecialiserad eller kräver tillgång till akutsjukhusets kompetens, eller som av till exempel volymskäl bör utföras vid akutsjukhus.

Uppdragets avgränsning mot primärvården definieras genom handläggningsprogram för öron- näsa- halssjukdomar som publicerats på VISS.nu och anger utredning och behandling som skall utföras inom primärvården.

Basal mottagningsverksamhet skall kunna erbjudas av samtliga auktoriserade vårdgivare och benämns i regelboken basuppdrag. Därutöver kan vårdgivare söka auktorisation för tilläggsuppdraget dagkirurgi. I uppdragsbeskrivningen anges krav på vårdgivarens kompetens och utrustning eller resurser för att auktoriseras för respektive uppdrag. Postoperativa komplikationer skall kunna hanteras av opererande enhet till klockan 22.00 operationsdagen samt under kontorstid under hela det postoperativa förloppet.

Skälet för att i regelboken ställa krav på kompetens och utrustning eller resurser är att säkerställa att auktoriserade mottagningar håller en hög och jämn kvalitet och kan utföra i huvudsak allt som definierats tillhöra uppdraget. Samtliga läkare, utom läkare under utbildning, skall vara specialisläkare inom öron- näsa- halssjukvård. Verksamhetschef eller medicinskt ansvarig läkare skall ha tre års klinisk erfarenhet inom mottagningens uppdrag. Opererande läkare skall årligen utföra minst 200 ingrepp.

Uppföljningsplanen

Uppföljningsplanen anger information som inhämtas för att följa upp vården ur olika perspektiv: behov, prestation, kvalitet, effekt och kostnad. Informationen hämtas antingen ur befintliga uppgifter i vårdgivarens rapportering av utförd vård, genom patientenkäter eller genom en separat årlig rapportering av information som ur ett kvalitetsperspektiv bedöms viktig.

Ersättningsmodellen

Samtliga auktoriserade vårdgivare skall rapportera ställd diagnos och vidtagna åtgärder enligt det nationella klassifikationssystem som socialstyrelsen ansvarar för. Sådan rapportering görs sedan länge av sjukhus och upphandlade enheter. Övriga vårdgivare ersätts enligt den så kallade nationella taxan och rapporterar därmed för närvarande vården på ett annat sätt.

Den rapporterade vården grupperas automatiskt till ett begränsat antal priser som återspeglar vårdgivarens kostnader och tidsåtgång. Priserna är fasta i bemärkelsen att de inte är direkt kopplade till DRG-vikten, vilket ger förutsättningar för en prissättning som är stabil över tid. Den valda ersättningsmodellen underlättar för vårdgivarna att kalkylera sina intäkter.

De priser som föreslås i regelbokens ersättningsbilaga har stämts av mot nuvarande ersättningar i avtalen med sjukhusen, upphandlade mottagningar och mottagningar ersatta enligt nationella taxan.

En del av den totala ersättningen kan utgå i form av målrelaterad ersättning så snart tillräckligt underlag finns för att identifiera och mäta relevanta kvalitetsindikatorer. Förvaltningens bedömning är att vårdgivarna behöver följas upp under första året med regelboken för att det skall finnas tillräckligt bra underlag för att definiera målvärden till underlag för ersättning.

Genomförande

Driftstart för vårdvalsavtalen föreslås vara tidigast 1 januari 2012. Samtliga tecknade avtal föreslås gälla till och med 31 december 2015, det vill säga maximalt 4 år. Avtal som inte sagts upp 12 månader för avtalstidens utgång gäller tillsvidare med 12 månaders uppsägningstid.

Ekonomiska konsekvenser

Med införandet av vårdvalet förväntas tillgängligheten förbättras framförallt inom basuppdraget. Vårdgivare som tidigare begränsats av tak i vårdavtalen kan öka antalet besök och nya mottagningar kan komma till. Enbart befolkningsökningen motiverar en ökning av antalet besök med ca 1,5% per år till en kostnad av ca 4,2 mkr. Inklusivt befolkningsökningen bedöms antalet besök komma att öka med 10% under en treårsperiod. Ökningen motsvarar 23 000 besök och en kostnadsökning med ca 28 mkr.

Konsekvenserna för enskilda vårdgivare varierar vid oförändrad verksamhet, beroende på tidigare avtal och inriktning av verksamheten. Utfallet av ersättningsmodellen behöver löpande följas och utvärderas, för att korrigeringar skall kunna ske vid behov.

Konsekvenser för patientsäkerhet

I avtalen ställs krav på medicinsk kompetens, utrustning och rutiner för att säkerställa att auktoriserade mottagningar håller en hög och jämn kvalitet. För att säkerställa en smidig övergång mellan olika vårdgivare ställs krav på rutiner för samverkan. Genom uppföljning via bland annat patientenkäter och kvalitetsregister, kompletterat med medicinska revisioner, följs att vården håller hög kvalitet och bedrivs patientsäkert. Förutsättningar skapas för att jämföra vårdgivarna med avseende på såväl patientupplevd som på annat sätt uppmätt kvalitet, vilket bör bidra till att förbättra patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämställd och jämlik vård

All statistik enligt uppföljningsplanen skall redovisas könsuppdelad. Antalet besök är i nuläget jämnt fördelat mellan kvinnor och män och detta förhållande kommer sannolikt att bestå.

Närheten till specialistläkare är bäst för boende inom Stockholms innerstad. Möjligheterna till fri etablering inom vårdvalet kan på sikt leda till en geografisk utjämning.

Miljökonsekvenser

Vårdgivarna åläggs att följa SLL:s riktlinjer, och beroende på vårdgivarens storlek genomföra certifiering eller diplomering, samt årligen avrapportera miljöpåverkan av verksamheten. Verksamheten bedöms totalt sett innebära oförändrade konsekvenser för miljön.

Catarina Andersson Forsman
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Leif Karnström
Avdelningschef

Nulägesbeskrivning

1. Vårdutbud

Mottagningar

Öron- näsa- halssjukvård (nedan benämnd ÖNH-sjukvård) bedrivs idag på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge, på Södersjukhuset, samt på Norrtälje och Södertälje sjukhus. På Södersjukhuset finns en filial till Karolinska Huddinge som har öppet under kontorstid. Den slutna vården är koncentrerad till Karolinska Huddinge med 5-dygnsvård och Solna med 7-dygnsvård. Den enda dygnetruntöppna mottagningen för akuta ÖNH- fall finns på Karolinska Solna. Verksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset innefattar framförallt högspecialiserad vård.

Dessutom finns ÖNH- sjukvård vid närsjukhusen Sabbatsberg, Löwenströmska, Järva, Handen, Nacka och Täby.

Det finns 24 vårdavtal/samverkansavtal som omfattar totalt 46 specialistläkare (hel- eller deltidverksamma), varav 21 läkare innehar etablering. Dessutom finns 11 specialistläkare som arbetar enligt nationella vårdtaxan. Den geografiska fördelningen av privatpraktiserande ÖNH-läkare är något ojämn med 35 verksamma i innerstaden. I norra länet inklusive Stockholms västra förorter finns 10 läkare och i södra länet inkl. Stockholms södra förorter 12 läkare.

De flesta privata specialister och närsjukhusen kan erbjuda ett antal akuttider dagligen.

Diagnoser

Vanliga diagnoser hos privata specialister är olika hörselnedsättningar, sinuiter, otiter och vaxproppar. En stor andel av den dagkirurgiska verksamheten utförs hos privata specialister, till exempel utförs över 50% av samtliga tonsilloperationer i privat regi. På Karolinska

2011-04-18

Bilaga 1

Universitetssjukhuset utförs all tumörkirurgi och övrig sällan förekommande vård.

Volymer och kostnader 2010

Totalt gjordes under 2010 ca 233 000 besök inkl. dagkirurgi med följande fördelning: akutsjukhusen 62 000 besök, närsjukhusen 35 000 besök, privata specialtläkare 136 000 besök.

Den totala kostnaden för specialiserad ÖNH- sjukvård i öppenvård uppgick 2010 till 275,5 mkr.

2. Väntetid

Väntetider enligt centrala väntetidsregistret i februari 2011:

- till mottagningsbesök väntade totalt 3145 patienter, varav 1950 patienter (62%) hade väntat mindre än 30 dagar.

- till behandlingar har registrerats följande väntetider: 257 patienter väntade på tonsilloperationer, varav 205 (80%) hade väntat mindre än 90 dagar. 186 patienter väntade på hörsselförbättrande operationer, varav 73 (39%) hade väntat mindre än 90 dagar. 257 patienter väntade på nässkiljeväggsplastik. Av dessa hade 81 patienter (32%) väntat mindre än 90 dagar.

Avdelningen för somatisk specialistvård
Specialistenheten
Ulla Rensfelt

2011-04-18

Bilaga 2

Konsekvensbeskrivning

1. Tillgänglighet och volymer

Beslutet att införa vårdval inom specialiteten öron- näs och halssjukvård grundas bland annat på en önskan att öka tillgängligheten till vården genom att fler läkare är verksamma inom specialitetens öppenvård. Det är idag betydande köer till specialiserad öron- näs och halssjukvård (nedan benämnd ÖNH- sjukvård), såväl till mottagningsbesök som till operationer. Detta medför att vårdgarantigränserna inte alltid kan hållas.

Behovet av ÖNH- sjukvård kommer att öka i och med att befolkningen i Stockholms län förväntas öka med ca 30 000 invånare per år. En sådan befolkningsökning kommer utifrån dagens konsumtion av ÖNH- sjukvård medföra ett ökat behov av 3750 öppenvårdsbesök inklusive dagkirurgi per år. Detta motsvarar ungefär vad 1,5 heltidsverksam privatläkare i nuläget producerar per år.

Vårdvalet gör det troligt att volymerna av öppenvård kan komma att öka genom att:

- Läkare som ej tidigare arbetat i privat öppenvård får möjlighet att etablera sig inom vårdvalet
- Läkare som tidigare arbetat inom vårdavtal och övergår till vårdvalet får möjlighet att producera mer vård än tidigare då de nuvarande takbegränsningarna tas bort.

Hur stor ökning detta skulle medföra är svårt att förutse och det förutsätter också att specialistläkare inom ÖNH finns att tillgå. Större delen av de idag verksamma privata ÖNH- specialisterna tillhör gruppen 40-talister och kan förväntas att inom de närmaste åren välja att gå i pension. Ett nytillskott av ÖNH- specialister är således också nödvändigt för att en ökning av produktionen av vård ska kunna komma till stånd.

2011-04-15

Att nyetablera sig inom basuppdraget vårdval ÖNH borde inte anses svårt. Däremot kan tilläggsuppdraget dagkirurgi komma att kräva mer av investeringar, för att uppdraget ska kunna utföras i enlighet med regelboken.

2. Kostnader

Att det blir en ökad kostnad i och med införandet av vårdvalet är ofrånkomligt då det som tidigare påpekats finns köer till specialiserad ÖNH-sjukvård. Om tillgängligheten genom vårdvalet ökas kommer kostnaderna för vårdgarantipatienter att minska. Under år 2010 gjordes extra beställningar av ÖNH-sjukvård i öppen vård, mottagningsbesök och dagkirurgi till en kostnad av 7 750 tkr.

Inklusive befolkningsökningen bedöms antalet besök komma att öka med 10 % under en treårsperiod. Ökningen motsvarar 23 000 besök och en kostnadsökning med ca 28 mkr.

3. Vårdsamband

Primärvården ska utgöra den första linjens sjukvård och akutsjukhuset den sista delen av vårdkedjan för ÖNH-patienten. Akutsjukhusets resurser och kompetens ska endast tas i anspråk då vården som kan erbjudas inom vårdvalet inte är tillräcklig för den enskilda patienten. LEON-principen (lägsta effektiva omhändertagande nivå) ska vara vägledande för var i vårdkedjan som patienten får sitt behov av vård tillgodosett.

En geografisk närhet underlättar att skapa kontakter mellan primärvård och privata specialistläkare, för vårdgivare att komma överens om rollfördelningen, och att vid behov kunna bistå med snabba konsultationer. Den första kontakten sker ofta hos husläkaren och en smidig övergång till nästa vårdnivå, specialistläkaren i ÖNH, underlättas av att samarbetet mellan husläkare och specialistläkare är etablerat sedan tidigare.

Den geografiska fördelningen av ÖNH-sjukvård utanför akutsjukhusen är idag ojämn. Framförallt den södra delen av länet är underförsörjd med avseende på ÖNH-läkare utanför akutsjukhusen. Till ÖNH-specialisten i öppenvård kommer många barn och äldre patienter. Detta gör det angeläget att åstadkomma en bättre geografisk spridning av specialistläkare inom länet. Om den ojämna geografiska fördelningen blir bestående bör ekonomiska incitament övervägas för att stimulera etableringar i underförsörjda områden.

2011-04-15

4. Mångfald och valfrihet

Valfrihet ger patienten möjlighet att välja läkare eller mottagning utifrån de kriterier som bedöms väsentliga, exempelvis geografisk närhet, bemötande och kvalitet.

Då patienten har möjlighet att söka direkt till specialistläkaren, eftersom inget remisskrav råder, är det viktigt att riktlinjerna i VISS efterlevs och att patienter som är uppenbara fall för husläkare hänvisas dit.