

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-05-23

HSN 1105-0477

*Handläggare:*  
Tore Broström

## **Regelbok för specialiserad gynekologisk vård**

### **Ärendebeskrivning**

Ärendet innehåller förslag till regelbok samt en beskrivning av den specialiserade gynekologiska vården i nuläget och bedömda konsekvenser av att vårdval införs.

### **Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-05-23, inklusive bilagor  
Regelbok för specialiserad gynekologisk vård

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i Programberedningen för barn, unga och kvinnosjukvård.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

- att* införa vårdval för specialiserad gynekologisk vård enligt Lag om valfrihetssystem (LOV)
- att* godkänna regelbok för specialiserad gynekologisk vård
- att* inbjuda vårdgivare att ansöka om godkännande av auktorisation för specialiserad gynekologisk vård
- 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 i december 2009 att uppdra till förvaltningen att planera vårdval inom gynekologisk öppenvård och återkomma till nämnden med förslag till regelbok. Till underlag för beslutet fanns en utredning om förutsättningarna att genomföra vårdval.

### *Organisation av arbetet med regelboken för gynekologisk vård*

Ledningsgruppen för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har utgjort styrgrupp för arbetet. Informationsmöten riktade till samtliga vårdgivare inom gynekologisk vård 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*

Uppdraget föreslås innefatta öppen specialistvård och slutenvård 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 gynekologiska sjukdomar som publicerats på VISS.nu och anger utredning och behandling som skall utföras inom primärvården.

Den gynekologiska vården innefattar ett brett spektrum av diagnostiska och behandlande åtgärder som i varierande utsträckning, bland annat beroende på utrustning och kompetens, utförs vid befintliga mottagningar. Basal mottagningsverksamhet skall kunna erbjudas av samtliga auktoriserade vårdgivare och benämns i regelboken basuppdrag. Därutöver kan vårdgivare söka auktorisation för upp till fem olika tilläggsuppdrag som kräver särskild utrustning och kompetens.

De tilläggsuppdrag som definieras i regelboken är medicinska och kirurgiska aborter, dagkirurgiska ingrepp, större kirurgiska ingrepp både i dag- och slutenvård, kvalificerat gynekologiskt ultraljud samt uroterapeutisk utredning och behandling.

Mottagningar som auktoriseras för aborter ska kunna utföra abortutredning och både medicinska och kirurgiska aborter på samma mottagning. I tilläggsuppdraget större kirurgiska ingrepp i dag- och slutenvård ingår ingrepp som redan idag utförs utanför akutsjukhusen inom ramen för vårdavtal eller upphandlade avtal.

I uppdragsbeskrivningen anges krav på vårdgivarens kompetens och utrustning. 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 specialistläkare i gynekologi. Verksamhetschef eller medicinskt ansvarig läkare skall ha tre års klinisk erfarenhet inom mottagningens uppdrag.

#### *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 från vårdgivaren 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 ska återspegla vårdgivarens kostnader och tidsåtgång. Priserna är fasta i bemärkelsen att de är direkt kopplade till DRG-vikten, vilket ger förutsättningar för en prissättning som är stabil över tid. Den valda ersättningsmodellen underlättar för vårdgivarna och beställaren att kalkylera sina intäkter respektive kostnader.

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, mäta och värdera relevanta kvalitetsindikatorer. Det första årets registrering av de olika kvalitetsindikatorerna kommer att användas för att definiera målvärden till underlag för den målrelaterade ersättningen.

#### *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 före avtalstidens utgång gäller tillsvidare med 12 månaders uppsägningstid.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Med införandet av vårdvalet förväntas tillgängligheten förbättras. Vårdgivare som tidigare begränsats av tak i vårdavtalen kan öka antalet besök och nya mottagningar kan komma till. Enbart befolkningsökningen beräknas leda till ett ökat behov av 6 200 besök per år till en kostnad av ca 6,5 mkr. För den närmaste treårsperioden innebär detta en ökning med drygt 18 000 besök till en kostnad av drygt 19 mkr. Hur stor volymökning som därutöver kan komma till stånd är svårbedömt. Ett tänkbart scenario är att förbättrad tillgänglighet inom en treårsperiod leder till att ytterligare mellan 10 000 och 20 000 besök tillkommer till en kostnad av mellan 10 och 20 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 värden 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 uppdelad på ålder och geografiskt område.

Närheten till specialistläkare är bäst för boende inom Stockholms innerstad. Möjligheterna till fri etablering inom vårdvalet kan på sikt leda till en geografisk utjämning genom nyetableringar i områden där tillgången till gynekologer är sämre.

*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

Avdelningen för somatisk specialistvård  
Specialistenheten  
Eva Hansson Risberg

2011-05-23

Bilaga 1

## Nulägesbeskrivning

### 1. Vårdutbud

#### *Gynekologmottagningar*

Gynekologmottagningar finns på Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Huddinge, Södersjukhuset, Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus.

Gynekologmottagningar finns också på närsjukhusen i Handen, Järva, Nacka och Täby samt på Löwenströmska och Sabbatsberg. Upphandlade avtal finns med Gynspecialisterna Kista Avesina AB och Gynekologkliniken Stockholm.

Det finns 30 vårdavtal/samverkansavtal med totalt 84 privata specialistläkare, varav 31 läkare innehar etablering. Utöver detta finns 31 specialistläkare som arbetar enligt nationella vårdtaxan. Två gynekologmottagningar drivs av SLSO, en i Vallentuna samt en i Liljeholmen. Hos Barnmorskorna Gamla Stan finns också en gynekologmottagning. Av de 115 privatpraktiserande gynekologerna är 62 (54 %) verksamma i innerstaden. Norr och väster om innerstan är 26 läkare verksamma och söder och öster om innerstan finns sammanlagt 27 läkare. Bland de privata gynekologerna är andelen kvinnor något högre än andelen män, 59 % resp. 41 %.

Akutmottagning med dygnet runt öppet finns för gynekologiska besvär på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. På Södertälje sjukhus hänvisas akuta gynekologiska besök vardagar under kontorstid till Gynekologmottagningen och övriga tider till Akutmottagningen. Karolinska Universitetssjukhuset i Solna tar emot akuta gynekologiska besvär vardagar kl. 8.00 till 15.00. På Södersjukhuset finns en dygnet runt öppen akutmottagning för våldtagna kvinnor.

De flesta privata specialister och närsjukhusen kan erbjuda akuttider dagligen. I dag medverkar dessutom 10 st privata gynekologmottagningar i en verksamhet benämnd "Akuta gynbokningar". Det är en verksamhet där vårdgivarna erbjuder "akuttider" till dagen därpå och de vård sökande bokas in via "Vårdguiden på telefon". Verksamheten utökas kontinuerligt i mån av resurser.

2011-05-23

Bilaga 1

### *Diagnoser*

De vanligaste diagnoserna på gynekologmottagningarna är problem som har samband med oönskad graviditet, abort samt rådgivning. Andra vanliga diagnoser är infertilitet, klimakteriebesvär, inkontinens, blödningsbesvär, kontroll och behandling av cellförändringar, framfall och infektioner.

### *Volymer och kostnader 2010*

Totalt gjordes under 2010 ca 446 000 besök, inkl dagkirurgi och telefonbesök, med följande fördelning: akutsjukhusen 117 000 (26 %), större privata enheter (bl a närsjukhusen) 48 500 (11 %) samt privata specialistläkare 280 500 (63 %) besök.

Den totala kostnaden för specialiserad gynekologi i öppenvård uppgick 2010 till 466 mkr. Kostnaderna fördelades enligt följande: akutsjukhusen 190 mkr, större privata enheter 67 mkr och privata specialistläkare 209 mkr. För sjukhusen tillkommer strukturersättning och för de privata specialisterna tillkommer patientavgifter och medicinsk service.

## **2. Väntetid**

Väntetider enligt centrala väntetidsregistret i mars 2011.

Till mottagningsbesök väntade totalt 2268 patienter, varav 1815 patienter (80 %) hade väntat mindre än 30 dagar.

Till behandlingar har registrerats följande väntetider. För borttagande av livmoder vid godartad indikation väntade 175 patienter, varav 91 % hade väntat mindre än 90 dagar. På framfallsoperation väntade 229 patienter, varav 90 % hade väntat mindre än 90 dagar. Behandling för urinläckage väntade 166 patienter på, varav 79 % hade väntat mindre än 90 dagar. Slutligen väntade 1277 patienter på övriga gynekologiska behandlingar, varav 85 % väntat mindre än 90 dagar.

Avdelningen för somatisk specialistvård  
Specialistenheten  
Eva Hansson Risberg

2011-05-23

Bilaga 2

## Konsekvensbeskrivning

### 1. Tillgänglighet och volymer

Beslutet att införa vårdval inom specialiteten gynekologi grundas bland annat på en önskan att öka tillgängligheten till vården. I mars månad väntade drygt 2 200 patienter på att få komma till en specialiserad gynekologisk mottagning, varav 80 % väntat mindre än 30 dagar. Till olika gynekologiska behandlingar väntade mellan 160-1 300 patienter, varav 80-90 % väntat mindre än 30 dagar. Detta innebär att 10-20 % av patienterna väntat längre än vårdgarantins angivna tidsgränser.

Behovet av gynekologisk sjukvård kommer att öka i och med att den kvinnliga befolkningen 20 år och äldre i Stockholms län förväntas öka med cirka 34 500 kvinnor fram till och med år 2013, d v s en genomsnittlig ökning med knappt 11 500 kvinnor per år. En sådan befolkningsökning kommer utifrån dagens konsumtion av gynekologisk sjukvård medföra ett ökat behov av 6 200 besök inklusive dagkirurgi per år. Detta motsvarar ungefär vad 2,5 heltidsverksamma 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 gynekologer finns att tillgå. Medelåldern bland de idag verksamma privata gynekologerna är 60 år, varför man inom de närmaste åren kan förvänta sig en märkbar pensionsavgång. Ett nytillskott av gynekologer inom öppenvården är nödvändig för att produktionen i första hand ska kunna upprätthållas och i andra hand kunna öka.



2011-05-19

## **2. Kostnader**

Väntetiden till gynekologisk sjukvård är jämfört med andra specialiteter förhållandevis kort. Åttio procent av dem som söker till en gynekologisk specialistmottagning får ett besök inom vårdgarantins tidsgräns. Man kan emellertid räkna med ökade kostnader i och med införandet av vårdvalet, framför allt relaterade till tilläggsuppdragen, t ex uroterapeutisk utredning och behandling. Å andra sidan kan det uroterapeutiska tilläggsuppdraget leda till minskade kostnader för dagkirurgiska operationer.

Under år 2010 gjordes extra beställningar till befintliga vårdgivare till en kostnad av 1,4 mkr.

Ett mindre antal patienter fick hjälp via Vårdgarantikansliet under 2010.

Ökade kostnader för endast befolkningsökningen kan uppskattas till cirka 6,5 mkr per år t o m 2013.

## **3. Vårdsamband**

Primärvården ska utgöra den första linjen för gynekologisk sjukvård men så fungerar det inte i praktiken i Stockholm län. Här söker merparten av kvinnorna direkt till en gynekologmottagning utan att först ha varit i kontakt med primärvården. Det betyder att vårdkedjan för den gynekologiska sjukvården börjar på specialistnivå. Mödravårdscentraler och Ungdomsmottagningar tar emot kvinnor för bl a preventivmedelsrådgivning, graviditetstester och provtagning för könssjukdomar och har en viktig roll inom området gynekologisk hälsovård.

## **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.

Den geografiska fördelningen av gynekologiska specialistläkare är idag ojämn. Drygt hälften av läkarna är verksamma i innerstan medan mindre än 20 % av kvinnorna 20 år och äldre bor i innerstan. Områdena norr respektive söder om innerstan har idag ungefär lika många verksamma

2011-05-19

privata gynekologer och lika många kvinnor, cirka 23 % av läkarna och cirka 40 % av kvinnorna.

En geografisk närhet till gynekologisk specialistvård är för många kvinnor inte helt nödvändig, men för grupper av kvinnor kan av socioekonomiska eller kulturella skäl den geografiska närheten vara betydelsefull. Detta gör det angeläget att åstadkomma en bra geografisk spridning av specialistläkare inom länet. Om den ojämna geografiska fördelningen blir bestående bör ekonomiska incitament övervägas för att stimulera etableringar i underförsörjda områden.