

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2011-05-23

HSN 1105-0476

*Handläggare:*

Tore Broström

## **Regelbok för specialiserad hudsjukvård i öppenvård**

### **Ärendebeskrivning**

Ärendet innehåller förslag till regelbok, en beskrivning av den öppna hudsjukvården i nuläget och bedömda konsekvenser av att vårdval införs.

### **Beslutsunderlag**

Förvaltningens tjänsteutlåtande, 2011-05-23, inklusive bilagor  
Regelbok för specialiserad hudsjukvård i öppenvård

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i Programberedningen för akutsjukvård.

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* införa vårdval för hudsjukvård i öppenvård enligt Lag om valfrihetssystem (LOV)

*att* godkänna regelbok för specialiserad hudsjukvård i öppenvård

*att* inbjuda vårdgivare att ansöka om godkännande av auktorisation för specialiserad hudsjukvård 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 hudsjukvård*

Ledningsgruppen för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning har utgjort styrgrupp för arbetet. Informationsmöten riktade till samtliga vårdgivare inom hudsjukvården 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 som inte är högspecialiserad eller kräver tillgång till akutsjukhusets kompetens, eller som av till exempel volymskäl bör utföras vid akutsjukhus.

Behandling av patienter med psoriasis och diagnoser med likartad behandling ingår i uppdraget, men vårdgivare som avser att bedriva enbart sådan verksamhet kan ansöka om auktorisation för "särskilt uppdrag".

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

För venerologiska sjukdomar finns särskilda så kallade SESAM respektive STI-mottagningar. Dessa omfattas inte av vårdvalet. Samma gäller den särskilda yrkeshudmottagning som inrättats för hudsjukdomar inom yrkes- och miljödermatologi. För behandling av hyperhidros (extrem svettning) finns ett upphandlat avtal och behandlingen ingår därmed inte i vårdvalet.

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 inom hudsjukvård. 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 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 inte är direkt kopplade till DRG-vikten, vilket ger förutsättningar för en prissättning som är stabil över tid. Den valda ersättningsmodellen underlättar för vårdgivarna respektive 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 förslås 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 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%. Ett tänkbart scenario är att antalet besök, inklusive befolkningsökningen, ökar med 10% under en treårsperiod. Ökningen motsvarar 20 000 besök och en kostnadsökning med ca 25 mkr, varav befolkningsökningen motsvarar drygt 11 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. Av det totala antalet läkarbesök till hudläkare görs 58% av kvinnor och 42% av män. Vid Psoriasisföreningens behandlingsanläggningar gör 60% av besöken av män och 40% av kvinnor. Vårdvalet kommer inte med automatik att förändra dessa förhållanden.

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 hudläkare 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  
Gerhard Wallén

2011-05-23

Bilaga 1

## Nulägesbeskrivning

### 1. Vårdutbud

#### *Mottagningar*

Specialiserad hudsjukvård bedrivs idag på akutsjukhus, närsjukhus och av privatpraktiserande specialistläkare vid följande mottagningar:

- Akutsjukhus: Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus och Norrtälje sjukhus.
- Närsjukhus: Nacka och Handen.
- Privatpraktiserande specialistläkare: 38 st varav 23 st med vårdavtal. Övriga är verksamma enligt lagen om läkarvårdersättning (etablering).
- Psoriasisföreningen i Stockholm: behandlingsanläggningar i Norrtälje, Sundbyberg, Kungsholmen, Enskede, Nynäshamn och Södertälje.
- Sesammottagningar: särskilda mottagningar för venerologisk vård finns vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset.

För slutenvård finns 13 st vårdplatser vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

Både barn och vuxna behandlas inom specialiteten.

För hudsjukdomar inom yrkes- och miljödermatologi finns en särskild yrkeshudmottagning inrättad och ingår inte i vårdval.

Särskild mottagning för patienter med hyperhidros (extrem svettning) finns vid Sophiahemmet. Verksamheten bedrivs enligt ett upphandlat avtal och omfattas inte av vårdval.

Den geografiska fördelningen av vårdutbudet är något ojämn och en traditionell hög etablering av privata vårdgivare finns inom tullarna.

2011-05-23

Bilaga 1

- Norra länsdelen inklusive Stockholms stadsdelar utanför tullarna: Åtta (8) privatläkare och tre (3) akutsjukhus.
- Stockholms stad inom tullarna: 23 privatläkare och ett (1) akutsjukhus.
- Södra länsdelen inklusive Stockholms stadsdelar utanför tullarna: Sju (7) privatläkare och två (2) Närsjukhus.

Särskilda insatser för akutberedskap för patienter med hudbesvär utöver den beredskap som finns genom sjukhusens akutmottagningar synes inte nödvändiga. De flesta privata specialister och närsjukhusen kan också erbjuda akuttider dagligen.

Av det totala antalet läkarbesök inom den öppna hudsjukvården (exkl Sesammottagningarna) utförs ca 60 % av privata vårdgivare och resterande 40 % utförs vid den sjukhusanslutna öppenvården.

#### *Diagnoser*

De tre vanligaste diagnosgrupperna vid akutsjukhusens hudmottagningar är basalcellscancer, aktiniska keratoser och psoriasis vulgaris

Privatpraktiserande hudspecialister diagnosrapporterar inte för närvarande. Besöken registreras i form av normalbesök och särskilda åtgärder varav ca 40 % är normalbesök. Av särskilda åtgärder är ljusbehandling, omfattande kirurgisk behandling av multipla tumörer samt kryobehandling av hudförändringar de mest förekommande åtgärderna.

Inom primärvården (husläkarna) är hudbesvär av typ annan dermatit, lokal infektion i hud och underhud samt impetigo (svinkoppor) vanligast.

Hudkirurgiska operationer utförs förutom av hudläkare även av plastikkirurger och allmätkirurger vid sjukhus och inom den privata specialistvården.

#### *Volymer och kostnader 2010*

Sammanlagt gjordes under 2010 drygt 207 000 läkarbesök inom den öppna hudsjukvården med följande fördelning: akutsjukhusen 81 313 besök, närsjukhusen 7 476 besök, privata specialistläkare inklusive psoriasisföreningen 118 897 besök. Utslaget på 2 000 000 länsbor blir det ca 0,10

2011-05-23

Bilaga 1

läkarbesök per invånare. Därtill kommer 81 000 behandlingsbesök vid Psoriasisföreningens anläggningar.

Den totala kostnaden för den öppna specialiserade hudsjukvården exklusive Sesammottagningarna uppgick för 2010 till 250 miljoner kronor.

## **2. Väntetid**

Antalet väntande till mottagningsbesök enligt centrala väntetidsregistret (CVR) var den 31 mars 2011 1 857 patienter varav 454 (24 %) väntat mer än 30 dagar.

Väntetider hos privatpraktiserande specialtläkare kan inte anges på motsvarande sätt då dessa inte rapporterar via CVR. Enligt angivna tider i Vårdguiden varierar väntetiderna för ett oprioriterat nybesök för närvarande mellan 4 och 18 veckor.



## Konsekvensbeskrivning

### 1. Tillgänglighet och volymer

Ett av syftena med införande av vårdval för hudsjukdomar är att få till stånd en ökad tillgänglighet genom fler läkare och på så sätt angripa vårdköerna. Erfarenhetsmässigt vet vi att ökat vårdutbud samtidigt ger ökad efterfrågan på vård. Var gränsen går mellan ett optimalt utbud och en mättad efterfrågan är svårt att fastställa då tillräckligt underlag saknas i större perspektiv. Vårdköer kommer i viss utsträckning alltid att finnas bland annat av det skälet att en del patienter frivilligt ställer sig på väntelista för att få komma till en speciell läkare eller vårdinrättning. Det går heller inte att ha full beredskap för mer eller mindre omedelbart omhändertagande med undantag för de patienter som snabbt behöver tas om hand vid sjukhusens akutmottagningar.

För närvarande är tillgången på hudläkare inom SLL relativt begränsad. Större delen av läkarkåren inom den privata öppenvården tillhör gruppen 40-talister som kan förväntas vilja gå i pension inom de närmaste åren. På kort sikt bedöms möjligheterna rätt begränsade att öka antalet hudläkare inom SLL.

Inflödet av nya patienter hos hudspecialisterna är bland annat beroende av att primärvården inte remitterar eller hänvisar patienter som kan och bör behandlas av husläkaren. För att öka efterlevnaden till VISS-programmen och den så kallade <sup>1</sup>LEON-principen synes en satsning på mer information, ökad utbildning och eventuellt andra stödåtgärder till husläkarna behövas.

### 2. Kostnader

Införande av vårdval innebär rimligen en kostnadsökning då det idag finns köer till specialiserad hudsjukvård. Vidare beräknas landstingets befolkning de närmaste åren öka med ca 30 000 invånare per år. Genom ökad tillgänglighet kommer kostnaderna för vårdgarantin å andra sidan att minska.

---

<sup>1</sup> Lägsta Effektiva OmhändertagandeNivå

2011-05-23

Inklusive befolkningsökningen kan antalet besök komma att öka med 10 % under en treårsperiod. Ökningen motsvarar drygt 20 000 besök och en kostnadsökning på ca 25 mkr, varav befolkningsökningen står för drygt 11 mkr.

Nedan anges några faktorer som kan påverka den definitiva kostnadsbilden:

- primärvården ökar sitt omhändertagande av patienter med banala hudåkommor
- tillgången på nya läkare inom en överskådlig framtid är fortsatt begränsad
- uppföljning av besöks- och åtgärdsdebiteringar
- alla väntande patienter som köar ofrivilligt för ett första besök eller för behandling kan omhändertas inom vårdgarantins tidsgränser

### **3. Vårdsamband**

Primärvården utgör den första linjens sjukvård och akutsjukhuset den sista delen av vårdkedjan för hudpatienten. Akutsjukhusets specialiserade resurser och kompetens ska endast tas i anspråk då vården som kan erbjudas inom vårdvalet inte är tillräckligt för den enskilda patienten. LEON-principen ska vara vägledande för var i vårdkedjan 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 dermatovenereologi, underlättas av att samarbetet mellan husläkare och specialistläkare är etablerat sedan tidigare.

### **4. Mångfald och valfrihet**

Senast så kallad fri etablering av privatpraktiserande specialistläkare genomfördes var 1994. Genom en lagändring som trädde i kraft 1995 krävdes att den som ville arbeta som privatpraktiker måste ingå vårdavtal med landstinget, vilket i princip skulle ske genom upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).

2011-05-23

Övergång till värddvalsmodellen motsvarar fri etablering men med annan avtalsform. Härigenom förväntas ske en ökning av antalet specialistläkare i den öppna vården eller åtminstone en möjlighet att på sikt behålla en läkartäthet på dagens nivå. Inom de närmaste åren kommer många privatpraktiker att gå i pension men där värddval alltså ger en möjlighet till ersättningsetableringar utan att behöva upphandla motsvarande vård enligt LOU.

Valfriheten ger patienterna möjlighet att välja vårdgivare utifrån egna kriterier vilket kan vara kvalitet, tillgänglighet, bemötande, servicenivå, etc. Vårdgivaren får å sin sida konkurrera om patienterna istället för att tävla om lägsta pris och begränsade volymer.

Den geografiska fördelningen av hudsjukvård utanför sjukhusen är idag ojämn. Framförallt är den södra delen av länet underförsörjd med avseende på hudspecialister verksamma utanför sjukhusen. En bättre geografisk spridning av sådana läkare synes därför angelägen. Om nuvarande förhållande blir bestående bör ekonomiska incitament övervägas för att stimulera etableringar i underförsörjda områden.