

## Sammanfattning

Begreppet högspecialiserad sjukvård används vanligen som en allmän benämning på sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller som på annat sätt intar en framskjutande position i vården, vanligtvis med en resurskoncentration som följd. Då en sådan allmän beskrivning är svårt att operationalisera och systematisera har vi valt en arbetsdefinition med något annorlunda utgångspunkt. Vi har således valt att se högspecialiserad sjukvård som sjukvård som samordnas till en enhet med en sjukvårdsregion (regionsjukvård) eller rikt (rikssjukvård) som upp-tagningsområde.

I arbetet har vi genomgående utgått från patientens intresse av högspecialiserad sjukvård av hög kvalitet med hög tillgänglighet till lägsta möjliga kostnad. Det sista då vi ser det som självklart att ständigt sträva efter en effektiv sjukvård.

Kartläggningen har genomförts genom intervjuer, enkätundersökningar samt studier av offentligt tryck och vetenskaplig litteratur. För arbetet har en projektgrupp i Socialdepartementet ansvarat. Projektgruppen svarar själv för sina analyser och förslag.

Högspecialiserad sjukvård är i dag en mindre del av det totala vård urbudet (ca 6 %) men fyller en viktig del i vårdkedjan. Genom dess karaktär av spetskompetens är också en stor del av sjukvårdens utveckling nära länkad till det högspecialiserade området. Vår bedömning är att Sverige har en högspecialiserad sjukvård av internationellt sett hög kvalitet, med hög tillgänglighet för patienten. Kostnadsutvecklingen har dock under senare år varit högre än för annan sjukvård.

I skenet av en fortsatt hög kostnadsutveckling, en åldrande befolkning och nya genombrott inom den kliniska forskningen ser vi några områden där åtgärder krävs för att skapa nya styrprocesser inom vården för en utvecklad styrning mot kvalitet och effektivitet.

Under sent 50-talet skapades dagens sjukvårdsregioner som efter enstaka justeringar i början på 80-talet ännu kvarstår. Då etablerades ett antal specialiteter som högspecialiserade regionspecialiteter. I dag är situationen en annan, inom flertalet specialiteter sker aktiviteter i form av ingrepp, diagnostisering eller andra typer av behandlingar som kan beskrivas som högspecialiserade samtidigt som det inom specialiteten också utförs verksamhet av karaktär bas-sjukvård. Vi föreslår således att fokus flyttas från specialiteten till den medicinska aktiviteten.

Vi föreslår också att det regionala samarbetet stagas upp genom att samverkan i regionen skall ske från en gemensam nämnd, bolag eller kommunalförbund. Syftet är att skapa en grund för ett utökat samarbete i sjukvårdsregionen och därmed ge grund för fortsatt utveckling av vården. Dagen sjukvårdsregioner skiljer sig åt kraftigt genom stora skillnader i struktur och befolkningsunderlag. Regionernas ursprungliga syfte, att de skulle innefatta ca 1 miljon invånare och ha en medicinsk fakultet gäller inte längre. Vi har därför prövat frågan om ändring av indelningen i sjukvårdsregioner. Det saknas i dag helt intresse för ändringar i indelningen i sjukvårdsregioner bland landstingen. Uppenbart är att man upplever att verksamheten fungerar förhållandevis bra. Den fastare organisatoriska form som vi föreslår uppfattar vi stämma väl överens med landstingens arbetsinriktning där vi tror att landstingen självmant finner anledning att delta och arbeta för gemensam nytta. Vi avstår därför från att lägga fram förslag i denna del.

Av stor betydelse i det regionala arbetet är att olika vårdnivåer identifieras och att rollerna för dessa inom de olika specialiteterna klarläggs. Därför föreslår vi att regionala vårdprogram utarbetas för varje specialitet i regionen. I detta arbete bör de medicinska professionerna få stort utrymme samtidigt som det bör ankomma på politiker och tjänstemän att skapa goda organisatoriska förutsättningar för arbetet och också ställa ekonomiska och organisatoriska krav på effektivisering. Vår uppfattning är således att ansvaret för att finansiera och producera högspecialiserad sjukvård, liksom all sjukvård även i framtiden bör ligga på landstingen.

Eftersom den högspecialiserade sjukvården är svår att avgränsa från vårdkedjan ser vi inte någon möjlighet eller några vinster med ändrade huvudmannaskap i den delen. I den mån det skulle vara möjligt att begränsa universitetssjukhusens vårdutbud till enbart riks- eller regionsjukvård så skulle ett ändrat huvudmannaskap i denna del kunna vara en tänkbar möjlighet. I samtliga fall bedriver dock dagens universitetssjukhus en verksamhet med en stor andel

bassjukvård bedömer vi inte heller detta som möjligt. Svårbanterliga gränssnitt mellan statens och landstingets ansvar skulle då uppstå. Sådana partiella skiften av huvudmannaskap är snarast ägnade att skapa organisatorisk förvirring. Vår uppfattning är att sjukvården inte gynnas av detta.

Givetvis följer då frågan om ett förstatligande av sjukvården som helhet. Ett sådant övervägande måste grundas på en noggrann analys av hur ett ändrat huvudmannaskap ger bättre förutsättningar för patienter att få vård, att korta värdköer eller att på annat sätt bidra till en höjning av vårdkvaliteten. Ett förstatligande av sjukvården är en mycket stor fråga och kan diskuteras utifrån ett antal olika aspekter. Vi gör inga anspråk på att ha gjort en heltäckande analys men vill likväl lyfta fram den påtagliga risk vi ser för att ett förstatligande skulle bli en svår process med stora risker för kostnadsökningar utan att motsvarande förbättringar av vårdkvalitet uppnås.

I regionerna ser vi tydliga behov av centrala värdenheter att utgöra nav för vårdutveckling, multidisciplinära aktiviteter, utbildning och samordning av klinisk forskning. Vi väljer att kalla dessa enheter för regionsjukhus eftersom vi inte ser det som rimligt att begränsa användningen av uttrycket universitetssjukhus. I varje region skall finnas regionsjukhus. Vi föreslår inga begränsningar av antalet men vår uppfattning är att man så långt det är möjligt bör sträva efter att begränsa antalet. I de regioner där det finns två enheter där i dag högspecialiserad vård bedrivs är det vår förhoppning att en samordning sker. Patienternas sak fränjas inte av den rivalitet som förefaller råda mellan stora sjukhus i en region. Svårigheter att samverka och samarbeta leder i stället till negativa effekter genom dubblade kostnader och sämre effektivitet. Ett regionsjukhus behöver inte bestå av ett antal byggnader inom ett lätt avgränsbart geografiskt sammanhållet område. De möjligheter som modern teknik ger för samverka skapar också förutsättningar att inom samma organisation bedriva verksamhet vid sjukhus som ligger geografiskt skilda från varandra.

Som komplement till regionsjukhus bör vissa kliniker vid enheter utanför dessa kunna ges status som regionkliniker. Om regionsjukhus och regionkliniker skall regionsjukvårdsnämnden besluta.

När det gäller rikssjukvården föreslår vi att Socialstyrelsen får i uppdrag att besluta om vad som skall vara rikssjukvård samt fatta beslut om var den skall förläggas. I myndigheten inrättas en nämnd, rikssjukvårdsnämnden, bestående av representanter för sjukvårdsregionerna och med ordförande som utses av regeringen. Nämndens rekommendationer skall vara vägledande för Socialsty-

relsens beslut. Härigenom ges sjukvårdshuvudmännen långt gånga möjligheter att bli delaktiga i besluten och att påverka deras inriktning. Genom att beslut om förläggning av rikssjukvård kan komma att vara myndighetsutövning mot enskilda landsting så kan inte nämnden vara den slutligt beslutande på grund av den påtagliga jävsituationen.

Som stöd för beslut om rikssjukvård skall analyser genomföras av behovet av att samordna verksamhet av kvalitativa skäl. I detta skall Socialstyrelsen samverka med sjukvårdens professioner, med möjlighet för enskilda läkare att ta initiativ gentemot myndigheten för att påtala behov av koncentration av viss verksamhet av kvalitativa skäl. Sådana analyser saknas i dag. Därutöver skall system för kvalitativa och ekonomiska jämförelser mellan olika enheter utarbetas. Härigenom är det vår förhoppning att det skall finnas sådana tydliga underlag för beslut om rikssjukvård att dessa blir enkla att fatta och självklara till sin utformning.

När det gäller medicinsk klinisk forskning som vi inom ramen för uppdraget kartlagt och analyserat har vi i grunden sympati för de synpunkter som framförts om enat huvudmannaskap för vård och forskning. Vi ser dock inte den kliniska forskningens problem som så allvarliga att de motiverar en huvudmannskapsförändring. Vi har redan konstaterat att sådana förändringar skulle få stora konsekvenser för vårdens organisation, vi bedömer flertalet av dem som negativa. Det är inte heller rimligt att forskningens villkor helt skall få styra sjukvårdens organisation. Det är också i denna typ av scenariobyggande svårt att finna organisatoriska former som skulle tillfredställa både forskning och sjukvård. Vi ser t.ex. universitetens styrnings och ledningsformer som fullständigt olämpliga för att driva sjukvård, på samma sätt ser vi det som olämpligt att låta vårdens organisation bli hemvist för de medicinska fakulteterna. Vi har också erfarit att den kliniska forskningens problem förefaller vara ett internationellt fenomen som förefaller existera oberoende av vårdorganisation.

Både i sjukvården som i universitetsväsendet har förändringar skett som åsyftat större lokal självständighet. Den kliniska forskningen, som är beroende av båda dessa världar, har kommit att bli ett mellanled mellan dessa. Vi är därför tveksamma till om centrala initiativ kan lösa de problem som finns kopplade till organisationen. Enligt vår uppfattning bör det i första hand ankomma på de lokala parterna genom fakulteterna å ena sidan och landstingen å den andra att tillsammans finna en organisatorisk form för klinisk forskning. I detta arbete har sjukvårdsregionen en viktig roll och vi

föreslår därför att den kliniska forskningen som bedrivs i landstingen skall samordnas av sjukvårdsregionerna. Vi föreslår också att det i varje sjukvårdsregion skall utses en person inom varje kliniskt forskningsområde med samordningsansvar för kliniska forskningsarbeten inom området. Detta gäller således inte enbart de medicinska professionerna utan också t.ex. omvårdnadsområdet.

Vi lämnar förslag till en lag om högspecialiserad sjukvård och förslag till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen.