

*Handläggare:
Bo Brismar*

Yttrande över projektrapport 32/04 Granskning av styrningen av läkarkostnader vid akutsjukhusen

Ärendet

Landstingsrevisorerna har remitterat rubricerade rapport till landstingsstyrelsen för yttrande.

Landstingsrevisorerna sammanfattar revisionsrapporten med följande påpekande:

”mot bakgrund av den stora ökning av läkarkostnader som ägt rum vid akutsjukhusen behöver uppföljningen och styrningen av läkarkostnader på sjukhusledningsnivå förbättras. Särskilt gäller detta styrningen av jourverksamheten samt FoUU-arbetets omfattning och finansiering”.

Vid överlämnandet av rapporten till landstingsstyrelsen 2004-12-14 beslutades

”att särskilt begära in landstingsstyrelsens synpunkter på hur styrelsen och ägaren avser att hantera kravet på tillräcklig landstingsgemensam information om läkarresursernas användning och läkarkostnaderna samt dels möjligheterna att utifrån landstingsperspektiv förbättra styrning och uppföljning vad gäller jourverksamhetens organisation, effektivitet och kostnader”.

Förslag till beslut

Landstingsstyrelsen föreslås besluta

att avge yttrande i enlighet med förvaltningens synpunkter.

Förvaltningens synpunkter

Styrning av jourverksamheten och jourorganisationen

Landstingsrevisorerna framhåller

”att det är angeläget att få en bättre löpande redovisning och uppföljning av sjukhusens kostnader för jourverksamheten och att gemensamma definitioner av jourbegreppet tas fram”

”det relativt ensidiga klinik- och beredskapsperspektiv som funnits i planeringen av jour- och beredskap behöver kompletteras och brytas”

”möjlighet att minska jourarbetets omfattning måste prövas”

I den nyligen framlagda 3S rapporten påpekas att akutsjukvården under den senaste 10-årsperioden genomgått en snabb utveckling mot allt kortare vårdtider vid akutsjukhusen. Samtidigt som vårdtiderna blivit kortare har en allt större andel av verksamheten fått akut karaktär (ca 75 % av alla vårdtillfällen). Även mer avancerade utredningar och behandlingar utförs nu i det akuta skedet av sjukdomsförloppet och ungefär en fjärdedel av de akut inlagda patienterna opereras akut.

Sammantaget har utvecklingen inneburit att akutsjukhusens kompetens och resurser måste finnas tillgänglig under en stor del av dygnet under veckans alla dagar och att behovet av samverkan med primärvård och kommun även under jourtid (kvällar, nätter och helger) ökat.

De akutsökande patienterna kräver en omfattande resursinsats vid akutsjukhusen och en aktuell kartläggning i Stockholms läns landsting visar att jour- och beredskapsorganisationen idag upprätthålls av ca 250 jourlinjer till en kostnad av sammanlagt 400 – 500 mkr. Jour- och beredskapslinjerna svarar förutom omhändertagande av akutsökande även för ineliggande patienter vid sjukhusen och rådgivning till andra vårdgivare. Då en stor del av verksamheten avser akutsökande patienter som inte är i behov av akutsjukhusets resurser blir kostnadseffektiviteten låg.

Begreppet jourverksamhet måste mot denna bakgrund tydligare definieras, vilket också revisorerna påpekar. För att möta utvecklingen inom akutsjukvården måste sjukvårdsstrukturen förändras vilket framhålls i 3S utredningen. Arbetsorganisationen vid akutsjukhusen och även inom primärvården måste ses över och verksamhet som idag benämns jour och beredskap bör då så bedöms kostnadseffektivt istället organiseras som schemalagd arbetstid. Detta kan innebära att viss verksamhet som utförs av

läkare på kvällstid och under helger istället definieras som ordinarie arbetstid. En sådan förändring kan i flera fall leda till ett effektivare totalt resursutnyttjande under förutsättning att verksamheten samtidigt koncentreras till färre sjukhus. Då den specialiserade akutsjukvården ställer höga krav på såväl tekniska resurser som snabb eller i vissa fall omedelbar tillgång till kompetens inom flera discipliner måste den koncentreras.

Behovet av särskilda jour- och beredskapslinjer bör ses i ett landstingsperspektiv och inte strikt ur det enskilda sjukhusets eller vårdcentralens perspektiv. Samordning mellan sjukhus och närsjukvårdsområden bör ske och samjour mellan olika vårdinrättningar och mellan olika specialiteter måste utnyttjas. Det är mot denna bakgrund specialitetssamverkan inletts över sjukhusgränserna (ex joursamverkan för kärlkirurgi och PTCA) och försöksverksamhet med sk akutläkare prövas vid några av akutsjukhusens akutmottagningar.

Styrning av FoUU-verksamheten

Landstingsrevisorerna framhåller

”att finansiering av FoUU via vårbudgeterna på sina håll oftast inte skett som en medveten strävan från sjukhusledningarna utan synes ofta utgöra exempel på bristande styrning”

”alla insatser inom FoUU borde beslutas på sjukhusledningsnivå”

”att det är angeläget att alla sjukhus skaffar sig en sådan uppföljning och registrering av de totala FoUU-insatserna att en fortlöpande kontroll och planering kan ske”

”att det behövs någon form av tidsredovisning för läkare”

Det nationella ALF avtalet mellan staten och de svenska landstingen om samarbete om grundutbildningen av läkare och medicinsk forskning och utveckling fastställdes juni 2003. ALF-avtalet syftar till att stärka samverkan mellan sjukvård och fakultet. I avtalet sägs att landsting och fakultet skall utveckla organisatoriska lösningar för det fördjupade samarbetet och att gemensamma ledningsorgan bör utvecklas där landstingets och universitetets ledningsnivåer är representerade och verkar på jämbördiga villkor. Betydelsen av samverkan mellan sjukvård och fakultet betonas också i Socialdepartementets utredning av den högspecialiserade vården. I utredningen sägs att forskningens närvaro i vården är central för att utveckla vårdens kvalitet och att forskning måste

bedrivs vid samtliga vårdenheter i en sjukvårdsregion. Vidare framhålls att den kliniska forskningen bör samordnas från universitetssjukhuset och att forskarutbildning måste vara en av universitetssjukhusets viktiga uppgifter.

Med utgångspunkt från det nationella ALF avtalet har ett regionalt avtal slutits mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet. I avtalet sägs att en väl integrerad infrastruktur måste skapas för forskning, utveckling och utbildning. Den kliniskt inriktade medicinska forskningen skall ha en tydlig koppling till hälso- och sjukvårdens behov. Ett vetenskapligt synsätt skall genomsyra vården på alla nivåer. Tiden för överföring av vetenskapliga rön till klinisk praxis skall kortas väsentligt. Forskningen skall hävda sig väl internationellt och hålla GCP-standard. Kompetensutveckling i hälso- och sjukvården skall stärkas genom ett gemensamt ansvarstagande för utbildningen.

Samverkan organiseras utifrån tre nivåer – koncernledningsnivå, verksamhetsledningsnivå och verksamhetsnivå. Enligt avtalet skall den gemensamma ledningsgruppen mot bakgrund av noggrann omvärldsanalys, göra övergripande strategiska satsningar. Ledningsgruppen fastställer vilka enheter som ingår i universitetssjukvården och utformar erforderliga regler för denna.

Landstinget har nu också inrättat ett särskilt utskott för FoUU-frågor direkt under landstingsstyrelsen. Utskottet har till uppgift att bereda frågor om landstingets strategiska inriktning på forskning, utveckling och utbildning och föreslå vilka resurser som gemensamt skall hanteras mellan landstinget och KI. Vidare skall utskottet utarbeta förslag om inriktning och prioriteringar av övriga FoUU- satsningar.

Sambandet mellan sjukvård, preklinisk och klinisk forskning och undervisning blir allt viktigare. Då den högspecialiserade vården vanligtvis är forskningsnära och innovationsdrivande är en samordning och koncentration av verksamheten nödvändig. Detta påpekas också i socialdepartementets översyn av den högspecialiserade vården (Socialdepartementet 2003).

Universitetssjukvården skall utformas med särskild hänsyn till behoven för forskning, utbildning och utveckling. Parterna är enligt det regionala ALF avtalet ense om att gemensamt genomföra ett utredningsarbete i syfte att koncentrera resurser genom att minska antalet enheter i universitetssjukvården. Med en koncentration av resurser, såväl inom forskning som högspecialiserad vård skall internationellt konkurrenskraftiga "centers of excellens" skapas.

Enligt 3S utredningens förslag skall högspecialiserad vård och resursintensiv forskning koncentreras till Karolinska Universitetssjukhuset. Härvid skapas goda förutsättningar att fördjupa samverkan mellan KI, KTH, Stockholms Universitetet, Södertörns högskola och sjukvården. I 3S utredningen framhålls samtidigt att klinisk forskning och uppföljning måste ske i hela sjukvårdssystemet och även inom den kommunala vården. För att höja kvaliteten och effektiviteten på forskningen måste den dock koncentreras till ett mindre antal resursstarka enheter. En tydlig styrning mot profilområden inom FoUU eftersträvas. Karolinska Institutet och Karolinska universitetssjukhuset får ett stort ansvar för att stödja en sådan utveckling. Samtidigt som ett nytt sjukvårdssystem växer fram bör ett akademiskt sjukvårdssystem skapas. Ett särskilt utredningsarbete har inletts i samverkan mellan SLL och KI för att gemensamt beskriva hur ett akademiskt sjukvårdssystem bör utformas.

- Det regionala ALF-avtalet, inrättandet av ett särskilt FoUU utskott, en utveckling av sjukvårdsstrukturen enligt 3S utredningens förslag och skapandet av ett akademiskt sjukvårdssystem kommer sammantaget att ge goda förutsättningar att tydligare styra, effektivisera och följa upp landstingets FoUU insatser.

Samtidigt måste dock påpekas att akutsjukvårdens snabba utveckling med krav på kontinuerlig efterutbildning och en ökad satsning på s.k. translationsforskning där preklinisk och klinisk forskning och sjukvård allt mer integreras kan medföra vissa svårigheter att tydligt skilja ut läkarkostnaderna för FoUU från läkarkostnaderna för sjukvård.

Styrningen av antalet ST-tjänster och ST-planeringen

Landstingsrevisorerna framhåller

”att en väsentlig del i ökningen av läkarkostnaderna torde vara ökningen av de s.k. ST-tjänsterna som ökat från 495 till 980 under perioden 1998-2003, dvs i stort en ökning med nästan 100 %”

”den ökning som skett betr. Antalet ST-tjänster som ägt rum 1998-2003 synes inte enbart ha skett som en medveten strävan från sjukhusledningarna eller landstinget centralt”

”det är angeläget att arbete bedrivs i syfte att förstärka läkarplaneringen inkl. ST-planeringen i landstinget”

”det finns behov att tillse att man får en bättre sammanställning och uppföljning av landstingets samlade läkarbestånd och läkaranvändning – läkarregister”

I revisionsrapporten påpekas att en mängd faktorer synes ligga bakom den mycket stora ökningen av antalet ST-tjänster. Förutom jourverksamheten och styrningen av FoUU kan ökningen av antalet ST-tjänster förklaras med åldersstrukturen inom olika specialiteter, ökad andel frånvaro (bl.a. p.g.a. fler kvinnor som läkare med åtföljande graviditets och barnledighet), ökad avtappning av läkare till annan verksamhet och att ST-läkare gör mindre sjukvårdsproduktion då mer tid åtgår till bl.a. efterutbildning. Till detta kan komma en medveten strävan att ersätta vikariat med ST-tjänster och att dimensioneringen av AT-tjänster påverkat den efterföljande dimensioneringen av ST-läkare.

- För att möta sjukvårdens framtida behov av läkarkompetens har landstingsledningen initierat en mer sammanhållen och strategisk planering av läkarförsörjningen inte minst vad avser ST-tjänster inom olika specialiteter. I denna planering kommer samverkan att ske med SPESAK inom respektive specialitet.

Detta är särskilt angeläget mot bakgrund av akutsjukvårdens snabba utveckling och de strukturförändringar av sjukvården som föreslås i 3S utredningen.

Sören Olofsson