

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

TJÄNSTEUTLÅTANDE  
2016-06-27

HSN 2016-0600

*Handläggare:*  
Åsa Hertzberg

Hälso- och sjukvårdsnämnden  
2016-08-30, p 8

## **Den medicinska njursjukvårdens organisation och uppdrag i Stockholms läns landsting 2016-2022**

### **Ärendebeskrivning**

Detta ärende innehåller förslag till organisation och uppdrag för den medicinska njursjukvården i Stockholms läns landsting 2016-2022.

### **Beslutsunderlag**

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande, 2016-06-27  
Den medicinska njursjukvårdens organisation och uppdrag i Stockholms läns landsting 2016-2022

### **Ärendets beredning**

Ärendet har beretts i programberedningen för stora folksjukdomar

### **Förslag till beslut**

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar

*att* godkänna förslaget till organisation och uppdrag för den medicinska njursjukvården i Stockholms läns landsting 2016-2022

*att* uppdra till hälso- och sjukvårdsdirektören att i samverkan med landstingsstyrelsens förvaltning genomföra förslaget

### **Förvaltningens motivering till förslaget**

#### *Uppdraget*

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 19 april 2016 om utvecklingsplan för njursjukvården i Stockholms läns landsting 2016-2022. Planens huvudinriktning är att verksamheterna ska fokusera mer på prevention, transplantation och självdialys. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade även att ge hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att återkomma med en plan som ska beskriva struktur, organisation och i vissa fall även driftform för den framtida medicinska njursjukvården.

#### *Förslag till framtida struktur och organisation för njursjukvården*

Utredningen har övervägt olika förslag och varianter av olika förslag till framtida struktur och organisation för den medicinska njursjukvården. Nedan redovisas det förslag som utredningen rekommenderar.

Utredningens förslag är att Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge<sup>1</sup> och Danderyds sjukhus ansvarar för den medicinska njursjukvården men ges ett uppdrag med en delvis annan och mer tydlig inriktning än idag. Förslaget innebär delvis ett avsteg från Framtidsplanens principer.

Sammanfattningsvis blir uppdraget att fokusera på målen i utvecklingsplanen genom att erbjuda en god, säker och individuellt anpassad vård genom patientens olika sjukdomsstadier men också att tidigt ha fokus på prevention, transplantation och egenvård genom hela vårdkedjan. I uppdraget ingår också att genomföra omstyrning av hemodialysvård från sjukhusen till geografiskt spridda enheter. Syftet är att öka tillgängligheten för en patientgrupp med ett ofta livslångt behov av livsuppehållande dialysvård minst tre gånger i veckan.

Nedan redovisas de avgörande argumenten för den föreslagna lösningen.

#### *Sammanhållna vårdkedjor*

I diskussionerna med såväl patientföreningen som företrädare för njursjukvården har frågan om sammanhållna vårdkedjor alltid poängterats. Kronisk njursjukdom är en livslång sjukdom som utmärks av mycket långvariga vårdkontakter, som kan omfatta flera decennier och patienterna har ofta behov av att alternera mellan de olika typerna av behandlingar. Ett helhetsgrepp med sammanhållna vårdkedjor är således en förutsättning för att kunna bedriva en högkvalitativ och kostnadseffektiv njursjukvård. Utredningens bedömning är att de sammanhållna vårdkedjorna bäst säkras genom att sjukhusen ges detta ansvar.

#### *Investeringar*

En viktig utgångspunkt i Framtidsplanen är att all vård som inte behöver akutsjukhusets kompetens och resurser ska styras om till enheter utanför akutsjukhusen. I dag kan dock konstateras att det inte finns något omedelbart behov, på grund av platsbrist, att genomföra omstyrning av njursjukvård från Danderyds sjukhus eller Karolinska Universitetssjukhuset.

Ett alternativ som har diskuterats under arbetets gång är att styra i princip all öppenvård och större delen av dialysbehandlingarna från sjukhusen och skapa ett eller kanske två njurcentra. Det skulle kräva investeringar i lokaler och utrustning, investeringar som idag inte finns upptagna i några investeringsplaner. Landstingets ekonomi för de kommande åren är ansträngd inte minst beroende på de stora investeringsprogram som finns. Ytterligare investeringar, som av utrymmesskäl inte behövs, bör prövas utifrån detta.

---

<sup>1</sup> Landstingsfullmäktige har beslutat att Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge ska ha var sitt vårdavtal.

### *Vårdersättningar*

Idag ansvarar Karolinska Universitetssjukhuset respektive Danderyds sjukhus för den njurmedicinska vården inklusive dialysvården. Ersättningen för vården ingår i princip i de omställningsavtal som sjukhusen har tecknat med hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Den vård som förslås överförs från Karolinska Solna till Danderyds sjukhus är en del av den anpassning av verksamhetsinnehållet som nu sker på Karolinska Solna och på Danderyds sjukhus, helt enligt Framtidsplanen.

Modellen med den fasta ersättningen i omställningsavtalen premierar ett preventivt arbetssätt vilket är en tydlig inriktning i utvecklingsplanen. Inom just njursjukvården finns stora medicinska och ekonomiska vinster att göra genom att förhindra eller förskjuta exempelvis dialysstart.

### *Kompetensförsörjning*

Förslaget att låta Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus ha ansvar för den njurmedicinska vården leder förhoppningsvis till att den nuvarande osäkerheten om framtiden avtar och därmed skapar bättre förutsättningar för sjukhusen att rekrytera och behålla personal.

### *Uppdrag till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus*

De två sjukhusen får i uppdrag att ansvara för den medicinska njursjukvården men med en annan och tydligare inriktning, vilket innebär att verksamheterna måste ändra fokus från dialysvård till tidig upptäckt, prevention, transplantation och självdialys. Ett förändrat arbetssättet kommer att krävas för att uppnå målen i utvecklingsplanen för njursjukvård 2016- 2022.

### *Förändrade patientströmmar och vårdolymer*

Utredningens förslag kommer tillsammans med Framtidsplanens inriktning medföra vårdolymsförändringar och omflyttningar. Den största förändringen är att den njurmedicinska verksamheten på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna kommer att reduceras med cirka två tredjedelar, helt enligt Framtidsplanen och att en större del av dessa volymer överförs till Danderyds sjukhus och en mindre del till Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. Vidare ingår i förslaget att sjukhusen ges i uppdrag att upphandla cirka 25 000 – 30 000 hemodialysbehandlingar som idag utförs på sjukhusen. Syftet är att öka den geografiska tillgängligheten för denna mycket vårdkrävande patientgrupp. Utredningen föreslår att dessa upphandlingar görs samordnat mellan sjukhusen för att på helhetsnivå uppnå bästa tillgänglighet, kvalitet och pris.

### *Uppföljning*

För att stödja och följa upp verksamheterna i förändringsarbetet behöver såväl beställare som ägare tillsammans med verksamheterna utveckla dialog och uppföljning.

Utredningen föreslår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att tillsammans med de övriga parterna utarbeta en uppföljningsplan.

#### *Accesskirurgi*

Ett samlat accesskirurgicentrum inom Stockholms läns landsting skulle ur njurmedicinsk synvinkel vara att föredra jämfört med den nuvarande utspridda organisationen. Ett accesskirurgicentrum bör ligga på ett akutsjukhus där det även finns radiologisk och njurmedicinsk kompetens, intern eller via konsultinsatser, och en dialysenhet.

#### *Ekonomiskt stöd för merkostnader för dialys*

Frågan om att även kunna ge patienter som startar sin dialysbehandling i hemmet efter fyllda 65 år ett ekonomiskt stöd på motsvarande sätt som patienter före fyllda 65 år får, är fortsatt under utredning. Främst är det de juridiska frågeställningarna som ännu inte är helt klarlagda. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen föreslår att utredningen slutförs.

#### *Dialysresor*

Sjukresorna för dialysbehandling och därmed även kostnaderna för dessa resor har ökat markant sedan 2007. En utredning om sjukresor i allmänhet pågår på hälso- och sjukvårdsförvaltningen och beräknas bli klar till sommaren.

Ett förslag som kan vara ekonomiskt intressant och som bör utredas vidare är att ge patienter som så önskar och är tillräckligt friska ett årskort på Storstockholms Lokaltrafik (SL). Utredningen föreslår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utreda frågan.

#### *Utredningens arbete och förankring*

Arbetet har genomförts i samarbete med verksamhetsföreträdare, SPESAK och VÅRDSAK samt SLL Ägarstyrning. Patientföreningen Njurförbundet Stockholm Gotland har under arbetets gång tagit del av arbetet och fått möjlighet att lämna kommentarer och synpunkter.

#### *Ekonomiska konsekvenser*

Förslaget beräknas ge begränsade ekonomiska konsekvenser genom att dels undvika investeringar dels att de vårdvolymförändringar som genomförs bör kunna ske inom ramen för den planering som är grunden i Framtidsplanen och som regleras i omställningsavtalen. Mindre investeringar på Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge för att anpassa verksamheterna där efter det förändrade uppdraget kan inte uteslutas. Samtidigt ger den nya inriktningen med prevention, tidig upptäckt, tidiga insatser stora möjligheter att minska de dyraste behandlingarna såsom hemodialys. Det ger positiva ekonomiska effekter samtidigt som det också medför positiva medicinska effekter för patienterna.

*Konsekvenser för patientsäkerhet*

Förslaget att i huvudsak koncentrera ansvaret för den medicinska njursjukvården till två enheter och tydligt ge dessa ansvaret för de sammanhållna vårdkedjorna medför ökad patientsäkerhet.

*Konsekvenser för jämställd och jämlik vård*


En utbyggnad av njursjukvården i länet förväntas öka jämställd och jämlik vård.

*Miljökonsekvenser*

Minskad miljöpåverkan förväntas bli konsekvenserna av färre och kortare dialysresor för patienterna då antal själv- och hemdialysbehandlingar och transplantationer ökar.

Barbro Naroskyin  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Kitty Kook Wennberg  
Avdelningschef



# Den medicinska njursjukvårdens organisation och uppdrag i SLL 2016- 2022

## Hälsa- och sjukvårdsförvaltningen

Leif Karnström

073-040 84 11

[leif.karnstrom@sll.se](mailto:leif.karnstrom@sll.se)

Erland Löfberg

072-583 06 68

[erland.lofberg@karolinska.se](mailto:erland.lofberg@karolinska.se)

Åsa Hertzberg

08-123 138 14

[asa.hertzberg@sll.se](mailto:asa.hertzberg@sll.se)

## Innehållsförteckning

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | Nuläge.....  | 3  |
| 1.1     | Uppdraget .....  | 3  |
| 1.2     | Bakgrund.....  | 3  |
| 1.3     | Utgångspunkter .....   | 3  |
| 1.4     | Genomförande av utredningen.....   | 4  |
| 2       | Förslag till framtida struktur och organisation för njursjukvården .....           | 5  |
| 2.1     | Argument för val av alternativ .....   | 5  |
| 2.1.1   | Sammanhållna vårdkedjor.....   | 5  |
| 2.1.2   | Investeringar.....   | 6  |
| 2.1.3   | Vårdersättningar .....   | 7  |
| 2.1.4   | Kompetensförsörjning .....   | 7  |
| 2.2     | Uppdrag till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus ..... | 8  |
| 2.2.1   | Förändrat arbetssätt.....  | 8  |
| 2.2.2   | Sjukhusens vårduppdrag .....   | 9  |
| 2.2.3   | Förändrade patientströmmar och vårdvolymmer .....                                  | 9  |
| 2.2.3.1 | Vårdvolymförändringar på Karolinska Universitetssjukhuset Solna .....              | 10 |
| 2.2.3.2 | Volymförändringar på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge .....               | 10 |
| 2.2.3.3 | Volymförändringar på Danderyds sjukhus.....  | 11 |
| 2.2.4   | Upphandling av hemodialysbehandlingar .....  | 11 |
| 2.2.5   | Uppföljning.....   | 12 |
| 2.3     | Övrigt.....  | 12 |
| 2.3.1   | Accesskirurgi.....   | 12 |
| 2.3.2   | Ekonomiskt stöd för merkostnader för dialys .....                                  | 13 |
| 2.3.3   | Dialysresor .....  | 13 |
|         | Bilageförteckning.....   | 14 |



# 1 Nuläge

## 1.1 Uppdraget

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade 2016-04-19 om *Utvecklingsplan för njursjukvården i Stockholms läns landsting 2016-2022*. I planen lämnades förslag på vad den medicinska njursjukvården ska uppnå under den kommande sexårsperioden. I planen redovisades förslag på mål, strategier och konkreta åtgärder för att ytterligare förbättra omhändertagandet av patienter med njursjukdom och erbjuda dessa en tillgänglig, säker och god vård med hög kvalitet. Huvudinriktningen är att fokusera mer på prevention, transplantation och självdialys.

Utredningen föreslog också att som nästa steg ta fram en strukturplan som beskriver struktur, organisation och i vissa fall även driftform för den framtida medicinska njursjukvården.

## 1.2 Bakgrund

I Utvecklingsplan för njursjukvården i SLL 2016-2022 redovisades förekomst av medicinska njursjukdomar, sjukdomsförlopp, prevalens och incidens, hur den öppna vården, dialysvården och slutenvården bedrivs och är organiserad samt kostnaderna. Vid behov av denna information hänvisas till Utvecklingsplanen.

## 1.3 Utgångspunkter

Det finns framför allt två beslutade planer att förhålla sig till i arbetet med att föreslå en framtida struktur och organisation för den njurmedicinska vården. Den första är Framtidsplanen för hälso- och sjukvården (FHS) som Landstingsfullmäktige fattade beslut om i juni 2011. Den andra är Utvecklingsplanen för njursjukvården i Stockholms läns landsting 2016-2022 som hälso- och sjukvårdsnämnden fattade beslut om i april 2016.

I Framtidsplanen finns tre principer, som påverkar njursjukvården, som är viktiga att lyfta fram:

- Hälso- och sjukvård som inte behöver akutsjukhusens resurser ska utföras utanför det egna sjukhuset
- Akutsjukhusen ska inte driva enheter utanför det egna sjukhuset
- Mer vård ska utföras i nätverkssjukvård på rätt vårdnivå

En av de viktigaste strategierna i FHS är att styra vård som inte kräver akutsjukhusens resurser till enheter utanför akutsjukhusen. Syftet är att renodla

verksamhetsinnehållet och på bästa sätt utnyttja akutsjukhusens kompetenser och resurser. Genom att öka andelen patienter som tas emot och vårdas på rätt vårdnivå bör effektiviteten i hela sjukvårdssystemet öka.

På Nya Karolinska Solna (NKS) kommer den högspecialiserade njursjukvården för de svårast sjuka patienterna att finnas samt njursjukvård för dem som vårdas på NKS med andra diagnoser. Det innebär att delar av den nuvarande slutenvården kommer att behöva omfördelas till andra akutsjukhus samt att delar av dialysvården kommer att behöva förläggas på enheter utanför akutsjukhusen.

I Utvecklingsplanen för njursjukvård finns tre medicinska verksamhetsmål som kommer att styra utvecklingen av den medicinska njursjukvården under de kommande sex åren:

- Intensifiera och utveckla det preventiva arbetet
- Ökat antal njurtransplantationer
- Öka andelen självdialys

Dessa tre medicinska verksamhetsmål innebär en tydlig förskjutning av åtgärder från dialysvård till att tidigare i sjukdomsförloppet gripa in och minska progressionstakten av kronisk njursjukdom och på så sätt minska incidensen av dialyskrävande njursvikt. Inriktningen är också att vid terminal njursvikt ska transplantation vara förstaval där så är möjligt. För dialyspatienter är självdialys förstavalet.

## 1.4 Genomförande av utredningen

Arbetet har genomförts i samarbete med verksamhetsföreträdare, SPESAK och VÅRDSAK samt SLL Ägarstyrning. Patientföreningen Njurförbundet Stockholm Gotland har under arbetets gång tagit del av arbetet och fått möjlighet att lämna kommentarer och synpunkter.

# 2 Förslag till framtida struktur och organisation för njursjukvården

Utredningen har övervägt olika förslag och varianter av olika förslag till framtida struktur och organisation för den medicinska njursjukvården. Nedan redovisas det förslag som utredningen rekommenderar.

Utredningens förslag är att Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge<sup>1</sup> och Danderyds sjukhus ansvarar för den medicinska njursjukvården men ges ett uppdrag med en delvis annan och tydligare inriktning än idag. Förslaget innebär delvis ett avsteg från Framtidsplanens principer.

Sammanfattningsvis blir uppdraget att fokusera på målen i Utvecklingsplanen genom att erbjuda en god, säker och individuellt anpassad vård genom patientens olika sjukdomsstadier men också att tidigt ha fokus på prevention, transplantation och egenvård genom hela vårdkedjan. I uppdraget ingår också att genomföra omstyrning av hemodialysvård från akutsjukhusen och förlägga dessa på geografiskt spridda enheter utanför akutsjukhusen. Syftet är att öka tillgängligheten för en patientgrupp med ett ofta livslångt behov av livsuppehållande dialysvård minst tre gånger i veckan.

## 2.1 Argument för val av alternativ

### 2.1.1 Sammanhållna vårdkedjor

I diskussionerna med såväl patientföreningen som företrädare för njursjukvården har frågan om sammanhållna vårdkedjor alltid poängterats. Kronisk njursjukdom är en livslång sjukdom som utmärks av mycket långvariga vårdkontakter, som kan omfatta flera decennier. Personer med kronisk njursjukdom eller njursvikt går som regel under lång tid på kontroller på en njurmedicinsk öppenvårdsmottagning.

När njursvikten sedan försämras och det är dags för aktiv uremivård (njurtransplantation, peritonealdialys eller hemodialys) har patienterna ofta behov av att alternera mellan de olika typerna av behandlingar under resten av sin livstid. Alla typer av aktiv uremivård är livsuppehållande behandlingar. Patienter i alla delar av njursjukvården kan i perioder också ha behov av omfattande slutenvårdsresurser. Ett helhetsgrepp och sammanhållna

---

<sup>1</sup> Landstingsfullmäktige har beslutat att Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge ska ha var sitt vårdavtal.

vårdkedjor är således en förutsättning för att kunna bedriva en högkvalitativ och kostnadseffektiv njursjukvård.

Utredningens förslag att låta Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus ansvara för den medicinska njursjukvården betyder också att sjukhusen ansvarar för hela den sammanhållna vårdkedjan. Den slutna och öppna vården driver sjukhusen själva men sjukhusen ges även ansvaret att bedöma vilka patienter som ska få vård på såväl de dialysenheter sjukhusen driver i egen regi som de hemodialysenheter som föreslås upphandlas.

Sjukhusen ges alltså ansvaret för den medicinska kvaliteten och ett uppföljningsansvar för alla dialyspatienter vilket kräver en god styrning och samverkan med de upphandlade hemodialysenheterna. Hur denna styrning och samverkan ska ske måste beskrivas i upphandlingsunderlagen.

### 2.1.2 Investeringar

En viktig utgångspunkt i framtidsplanen är att all vård som inte behöver akutsjukhusets kompetens och resurser ska styras till enheter utanför akutsjukhusen. Denna princip fastställdes i ett läge (2011) när planeringsunderlagen visade att med en fortsatt kraftig befolkningstillväxt och en fortsatt årlig vårdkonsumtionstillväxt i kombination med ett mindre universitetssjukhus i Solna, för de svårast sjuka, skulle de framtida vårdvolymerna inte rymmas på länets akutsjukhus. I dag kan konstateras att vård har flyttat ut från akutsjukhusen och att ytterligare omstyrningar av vård planeras. Stora om- och tillbyggnationer som också medför ökad vårdkapacitet sker på samtliga akutsjukhus till höga investeringskostnader. Samtidigt har vårdvolymerna på sjukhusen inte utvecklats som förutsades i planeringsunderlagen. Det innebär att det idag inte finns något omedelbart behov, på grund av platsbrist, att flytta ut njursjukvård från Danderyds sjukhus eller Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Ett alternativ som har diskuterats under arbetets gång är att flytta ut i princip all öppen njursjukvård och större delen av dialysbehandlingarna från akutsjukhusen och skapa ett eller kanske två njurcentra. Det skulle kräva investeringar i lokaler och utrustning, investeringar som idag inte finns upptagna i några investeringsplaner. Landstingets ekonomi för de kommande åren är ansträngd, inte minst beroende på de stora investeringsprogram som finns. Ytterligare investeringar, som av utrymmesskäl inte behövs, bör prövas utifrån detta.

Den medicinska njursjukvården är en förhållandevis liten specialitet med få patienter som har behov av livslånga och livsuppehållande behandlingar till höga kostnader. Utredningens bedömning är att i jämförelse med många andra patientgrupper är patienter med kronisk njursjukdom eller njursvikt en patientgrupp som, när det nu av utrymmesskäl är möjligt, delvis bör kunna undantas från kravet att flytta ut från akutsjukhusen. Det som kan flyttas ut är delar av hemodialysvården och då med främsta syftet att förbättra den geografiska tillgängligheten för patienterna.

Utredningen föreslår alltså att Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus får ansvar för den medicinska njursjukvården men att delar av den nuvarande hemodialysverksamheten flyttas ut från sjukhusen för att öka tillgängligheten för patienterna. Dessa dialysenheter kan med fördel upphandlas för att inte ytterligare belasta landstingets investeringsbehov.

### 2.1.3 Vårdersättningar

Idag ansvarar Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Solna respektive Danderyds sjukhus för den njurmedicinska vården inklusive dialysvården. Ersättningen för vården ingår i princip i de omställningsavtal som sjukhusen har tecknat med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Den vård som föreslås överförs från Karolinska Universitetssjukhuset Solna till Danderyds sjukhus är en del av den anpassning av verksamhetsinnehållet som nu sker på Karolinska Universitetssjukhuset Solna och på Danderyds sjukhus, helt enligt Framtidsplanen. Även den ekonomiska planeringen ska medge att dessa volymer överförs till Danderyds sjukhus och där utnyttjar en del av den ökade ekonomiska ramen som Danderyds sjukhus får under de kommande åren. Den vård som överförs från Karolinska Universitetssjukhuset Solna till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge hanteras internt av Karolinska Universitetssjukhuset.

Modellen med den fasta ersättningen i omställningsavtalen premierar ett preventivt arbetssätt vilket ju är en tydlig inriktning i Utvecklingsplanen. Inom just njursjukvården finns stora medicinska och ekonomiska vinster att göra genom att förhindra eller förskjuta exempelvis dialysstart.

### 2.1.4 Kompetensförsörjning

Den medicinska njursjukvården har idag, liksom många andra specialiteter, en brist på såväl specialistläkare som specialutbildade sjuksköterskor och för en förhållandevis liten specialitet som njurmedicin blir bristen mycket påtaglig.

Förlaget att låta Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus ha ansvar för den njurmedicinska vården leder förhoppningsvis till att den nuvarande osäkerheten om framtiden avtar och därmed skapar bättre förutsättningar för sjukhusen att rekrytera och behålla personal.

## 2.2 Uppdrag till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus driver och ansvarar idag för den medicinska njursjukvården och utredningen föreslår att sjukhusen även fortsättningsvis ska ha detta ansvar men med en delvis annan och tydligare inriktning.

### 2.2.1 Förändrat arbetssätt

Den ändrade inriktningen i uppdraget innebär att verksamheterna måste ändra fokus från dialysvård till tidig upptäckt, prevention, transplantation och självdialys. Ett förändrat arbetssätt kommer att krävas för att uppnå målen i Utvecklingsplanen för njursjukvård 2016- 2022. Uppdraget blir att utveckla verksamheten exempelvis genom;

- att så fort en person kommer till någon av njurmottagningarna ska utbildningsmöjligheter erbjudas, oavsett grad av njurfunktion för att möjliggöra delaktighet i det preventiva arbetet,
- att ta fram processer som exempelvis säkrar att en patient utreds för transplantation vid rätt tidpunkt i sjukdomsförloppet utan onödiga väntetider,
- att detsamma gäller för att finna och utreda potentiella donatorer till de patienter som parallellt genomgår transplantationsutredning,
- att arbetet bedrivs multidisciplinärt med stor kontinuitet på läkar- och sjuksköterskesidan, med speciella njursviktssköterskor som kopplas in tidigt i förloppet och tillgång till kurator, dietist och sjukgymnast. Man bör arbeta mot att kunna erbjuda utökad njursviktssköterskemottagning
- att i högre grad utveckla det multidisciplinära samarbetet med andra närliggande specialiteter som reumatologi, kardiologi, diabetes, smärtkliniken, primärvården och psykiatrien för att ge ett bättre helhetsomhändertagande med fokus på patientens alla behov.

Frågan om möjligheten och förmågan att förändra ett arbetssätt har större förutsättningar i en ny organisation, exempelvis som ett fristående njurcentrum, jämfört med, som i vårt förslag, låta de nuvarande verksamheterna även fortsättningsvis ha ansvaret har diskuterats under arbetets gång. Utredningens bedömning är att även med ett fortsatt ansvar för sjukhusen finns stora möjligheter att utveckla njursjukvården i önskvärd riktning. Det finns en stor samstämmighet inom såväl profession som beställare och ägare, liksom hos patientföreningen, om målen i Utvecklingsplanen.

Även viljan hos verksamheterna att förändra arbetssättet bedöms som stor vilket tydligt har framkommit vid arbetsgruppens möten. Det kommer också att kräva samverkan mellan klinikerna samt en dialog och uppföljningen mellan verksamheterna och beställare respektive ägaren. I grund och botten är det

samma personal som ska utveckla verksamheten oavsett i vilken organisationsform den bedrivs.

## 2.2.2 Sjukhusens vårduppdrag

Nedan beskrivs i punktform vilka uppdrag eller aktiviteter som ingår i sjukhusens ansvar:

- Slutenvård, Karolinska Universitetssjukhuset ansvarar för den högspecialiserade medicinska njursjukvården
- Specialiserad öppenvårdsmottagning, med fokus på prevention, egenvård och patientutbildning
- Transplantationsutredningar samt uppföljning efter utförd njurtransplantation
- Donatorsutredningar och uppföljning efter utförd njurdonation
- Hem-HD träning med regelbunden läkar- och sjuksköterskeuppföljning
- Själv-HD träning med regelbunden läkar- och sjuksköterskeuppföljning
- PD träning med regelbunden läkar- och sjuksköterskeuppföljning
- Hemodialysbehandlingar
- Dagvårdsverksamhet
- Konsultationsverksamhet
- Utredning inför- och uppföljning efter Accesskirurgi
- Patientnära forskning och utveckling i samarbete med KI
- Utbyggnad av eHälsotjänster
- Utbildning ST-läkare och sjuksköterskor

## 2.2.3 Förändrade patientströmmar och vårdvolym

Idag sker all slutenvård, den absoluta majoriteten, 86 procent, av öppenvårdsbesöken och 60 procent av dialysbesöken på Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus. Då är dialysverksamheten på Södersjukhuset, som drivs av Karolinska Universitetssjukhuset, medräknad. På fyra perifera enheter, varav två är upphandlade, utförs i princip enbart hemodialysbehandlingar. På Kungsholmsdialysen, som drivs av Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, erbjuds utbildning och stöd i självdialys samt även möjlighet för patienterna att självständigt utföra sin dialysbehandling.

Framtidsplanen och utredningens förslag att låta sjukhusen fortsätta ha ansvar för den medicinska njursjukvården medför ändå en del vårdvolymförändringar och omflyttningar.

### **2.2.3.1 Vårdvolymförändringar på Karolinska Universitetssjukhuset Solna**

Såväl den slutna som den öppna njursjukvården, både besöksverksamheten och dialysverksamheten, på Karolinska Universitetssjukhuset Solna kommer att minska och anpassas till sjukhusets kommande uppdrag. Idag utförs cirka 550 slutenvårdstillfällen, drygt 11 000 öppenvårdsbesök och nästan 12 500 hemodialysbesök på sjukhuset. Kvar på det nya sjukhuset (NKS) blir cirka 200 slutenvårdstillfällen, cirka 3 700 öppenvårdsbesök och cirka 4 000 hemodialysbehandlingar.

Resterande vårdvolym fördelas mellan Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Många patienter som berörs bor framför allt i norra delen av Stockholms stad och i Västerort och för vilka det är mer naturligt att åka till Danderyds sjukhus. En bedömning är att en större del av slutenvården och öppenvården successivt överförs till Danderyds sjukhus. I omfördelningen måste hänsyn tas till närhetsprincipen samt patienternas önskemål och val av vårdgivare. Denna överflyttning kommer också att stödjas av den omfördelning av akutflödet som blir konsekvensen när NKS öppnar sin anpassade akutmottagning. De övriga vårdvolymerna överförs till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Dialysverksamheten kommer att minska antalet platser från 22 till 8. I siffror innebär det att kvar på Karolinska Universitetssjukhuset Solna blir cirka 4 000 hemodialysbehandlingar och cirka 8 000 behandlingar fördelas mellan Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge enligt samma fördelning som ovan det vill säga en större del till Danderyds sjukhus och en mindre del till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

### **2.2.3.2 Volymförändringar på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge**

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge kommer att successivt överta en mindre del av slutenvårdstillfällena och öppenvårdsbesök från Karolinska Universitetssjukhuset Solna. På Kungsholmsdialysen bedrivs en verksamhet som framförallt är inriktad på självdialys, både utbildning och möjlighet för patienterna att själva utföra sin dialys. Här utbildas och stöds även patienter som utför sin dialys i hemmet. Lokalerna är uppsagda till september 2017 och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge ges därför i uppdrag att etablera denna verksamhet på ett annat ställe i södra delen av Stockholms stad. I uppdraget ingår även att utveckla och utvidga verksamheten i enlighet med Utvecklingsplanens mål.

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har också ansvaret att ta hand om det ökade behovet av medicinsk njursjukvård från den södra länsdelen under de kommande åren. Behovet har under åren ökat med cirka två procent per år men är nu högre på grund av den ökade tillströmningen av flyktingar till Sverige.



Många av dessa patienter är underbehandlade och i dåligt skick och kräver framför allt hemodialysbehandling.

På Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Södersjukhuset utförs idag cirka 27 000 hemodialysbehandlingar. I uppdraget ingår att upphandla cirka hälften av dessa behandlingar för en ökad geografisk tillgänglighet.

### **2.2.3.3 Volymförändringar på Danderyds sjukhus**

Danderyds sjukhus kommer att få ökade volymer slutenvård och öppenvård. En större del av den slutenvård respektive öppenvård som inte ska vara kvar på Karolinska Universitetssjukhuset Solna kommer successivt övertas av Danderyds sjukhus.

Danderyds sjukhus ges också i uppdrag att för den norra länsdelen etablera en verksamhet för utbildning och stöd till självdialys motsvarande den verksamhet som idag bedrivs på Kungsholmsdialysen.

Danderyds sjukhus ges också ansvaret att ta hand om det ökade behovet av medicinsk njursjukvård från den norra länsdelen under de kommande åren. Behovet har under åren ökat med cirka två procent per år men är nu högre på grund av den ökade tillströmningen av flyktingar till Sverige. Många av dessa patienter är underbehandlade och i dåligt skick och kräver framför allt hemodialysbehandling.

Danderyds sjukhus kommer att överta en större del av de hemodialysbehandlingar som inte ska vara kvar på Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Sjukhuset får i uppdrag att upphandla dessa samt cirka hälften av de hemodialysbehandlingar som idag utförs på Danderyds sjukhus. Sjukhuset ges i uppdrag att skapa dialysenheter som har en volym som gör det möjligt att bedriva en effektiv verksamhet på såväl den upphandlande enheten som på sjukhuset.

## **2.2.4 Upphandling av hemodialysbehandlingar**

I syfte att öka den geografiska tillgängligheten ges de två sjukhusen i uppdrag att upphandla hemodialysverksamhet enligt ovan. I enlighet med FHS ska sjukhusen inte själva driva verksamheter som ligger utanför det egna sjukhuset. De har de ekonomiska resurserna, i omställningsavtalen, och ges genom att de själva ansvarar för upphandlingen ett stort inflytande på dessa verksamheter. I upphandlingsunderlagen kan sjukhusen beskriva vilka krav på kvalitet, uppföljning, etcetera som ska gälla. På så sätt kan sjukhusens ansvar för att den sammanhållna vårdkedjan säkras.

Totalt, för de tre sjukhusen, förslås att cirka 25 000 – 30 000 hemodialysbehandlingar upphandlas i syfte att förbättra tillgängligheten för denna mycket vårdkrävande patientgrupp. Sjukhusen ges i uppdrag att göra en samordnad upphandling för att skapa största möjliga tillgänglighet i hela länet kombinerat med väl fungerande enheter som kan erbjuda en vård av hög kvalitet. En samordnad upphandling ökar också möjligheterna till förmånliga

avtal. Bedömningen är att det finns flera privata vårdaktörerna som är intresserade av att delta i en sådan upphandling.

## 2.2.5 Uppföljning

Stora krav ställs, med detta förslag, på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus. Krav på förändrat arbetssätt för att uppnå Utvecklingsplanens mål med intensifierad prevention, fler transplantationer och ökad andel självdialys samt upphandling av hemodialysverksamheter för att öka tillgängligheten. För att stödja verksamheterna i detta arbete behöver såväl beställare som ägare tillsammans med verksamheterna utveckla dialog och uppföljning.

Utredningen föreslår att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att tillsammans med de övriga parterna utarbeta en uppföljningsplan.

## 2.3 Övrigt

### 2.3.1 Accesskirurgi

Accesskirurgi bedrivs idag av de kärllkirurgiska enheterna inom Stockholms läns landsting, det vill säga vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Södersjukhuset, samt transplantationskirurgiska kliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge. Med accesskirurgi menas de kirurgiska operativa eller radiologiska interventionsåtgärder som behövs för att åstadkomma en tillförlitlig tillgång till patienternas blodkärl eller bukhinna som grund för dialys-behandlingen.

Den akuta delen består av att säkra accesser för akut sjuka patienter med akut eller kronisk dialysbehov samt patienter med problem i en befintlig kärlassess som behöver åtgärdas utan dröjsmål. Den elektiva patientgruppen består av patienter med kommande dialysbehov men som inte ännu har behövt starta livsuppehållande behandling. Flödet i den elektiva accesskirurgin är viktigt eftersom fördröjningar i den elektiva delen leder till att behovet av akut accesskirurgi uppstår.

Från njurmedicinsk synvinkel så är ett samlat accesskirurgicentrum inom Stockholms läns landsting att föredra jämfört med den nuvarande utspridda organisationen. En samlad enhet för operation av dialysaccesser medför att en större andel av dialyspatienterna startar med fungerande access, såväl PD som HD patienter. Denna typ av kirurgi kan med fördel samlas i ett enda regionalt accesskirurgicentrum i Stockholm som kan operera nya fistlar och även ha jourverksamhet och möjlighet till akutoperationer. Ett accesskirurgicentrum bör ligga på ett akutsjukhus där det även finns radiologisk och njurmedicinsk kompetens, intern eller via konsultinsatser, och en dialysenhet.

Utredningen bedömer att förutsättningarna finns på Södersjukhuset och föreslår därför att sjukhuset ges i uppdrag att ansvara för och driva ett elektivt accesscentrum för länet.

### 2.3.2 Ekonomiskt stöd för merkostnader för dialys

Frågan om att även kunna ge patienter som startar sin dialysbehandling i hemmet efter fyllda 65 år ett ekonomiskt stöd på motsvarande sätt som patienter före fyllda 65 år får, är fortsatt under utredning. Främst är det de juridiska frågeställningarna som ännu inte är helt klarlagda. Föreslås att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen slutför utredningen.

### 2.3.3 Dialysresor

Sjukresorna för dialysbehandling och därmed även kostnaderna för dessa resor har ökat markant sedan 2007. En utredning om sjukresor i allmänhet pågår på HSF och beräknas bli klar till sommaren.

Ett förslag som kan vara ekonomiskt intressant och som bör utredas vidare är att ge patienter som så önskar och är tillräckligt friska ett årskort på SL. Utredningen föreslår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen får i uppdrag att utreda frågan.

# Bilageförteckning

Bilaga 1 Utvecklingsplan för njursjukvården i SLL 2016-2022,  
<http://www.sll.se/Global/Politik/Politiska-organ/Halso-och-sjukvardsnamnden/2016/2016-04-19/p12.pdf>