Ökad statlig styrning av den högspecialiserade vården

Staten bör få ökat inflytande främst över rikssjukvården och troligen genom att en ny särskild myndighet inrättas. Det anser den projektgrupp inom Socialdepartementet som ser över den högspecialiserade vården.

Projektgruppen ska lämna sina förslag i oktober men har nyligen sammanställt tankegångarna så här långt i en promemoria. I den beskrivs dagens problem, framtidens krav och tänkbara sätt att strukturera om den högspecialiserade vården med fokus på att införa en statlig styrning av främst rikssjukvården och ökad samordning av all högspecialiserad vård.

Med »högspecialiserad vård« menas i PMet regionsjukvård eller rikssjukvård. Den högspecialiserade vården är idag i princip inte samordnad på riksnivå. I stället köper och säljer landstingen vård av varandra. Systemet bygger på initiativ från landstingen, men ingen central part har till uppgift att skapa vård på lika villkor över hela landet. Socialstyrelsen har tillsynsuppdrag men kan inte ta initiativ. Att 21 likställda landsting på frivillig väg ska lösa problem av landstings-övergripande slag leder till en rad brister, enligt projektgruppen, och hävdar att både kvalitet, ekonomi och målet vård på lika villkor skulle vinna på en ökad samordning.

Fyra alternativ

PMet beskriver fyra alternativ för en mer statlig styrning främst av rikssjukvården.

• Staten tar över den högspecialiserade vården och säljer vård till landstingen. Antingen genom att profilerade centrumbildningar bildas inom befintliga kliniker, men det skulle göra gränsdragningen gentemot landstingen svår. Eller genom att inrätta särskilda statliga institut för särskilt lågfrekvent och investeringskrävande vård. Landstingen skulle ha kvar ansvaret för grundläggande bassjukvård. Nackdelen skulle vara att bandet mellan högspecialiserad vård och mer frekvent vård skulle brytas. Och forskning och läkarutbildning skulle påverkas av detta.

• Staten tar över universitetssjukhusen. Men det vore komplicerat eftersom universitetssjukhusens ansvar och roll ser olika ut i olika delar av landet.

• Staten tar över all sjukhusvård – som i Norge – inte bara den högspecialiserade vården. Det skulle lösa många problem, anser projektgruppen, bland annat ge möjlighet till stora rationaliseringar. Institut för den högspecialiserade vården kunde skapas inom slutenvårdsorganisationen, och det skulle vara till fördel för den kliniska forskningen och läkarutbildningen. Men det demokratiska avståndet mellan väljare och ansvariga skulle växa med en så stor apparat. Därför skulle landstingen behöva behålla finansiering och beställning. Nackdelen skulle vara att ansvaret för hela vårdkedjan, både slutenvård och primärvård, splittrades.



FOTO: HANS PETTERSSON

Per Bengtsson.

• Statlig styrning utan förstatligande. En statlig myndighet inrättas som får mandat att fatta tvingande beslut om rikssjukvården, men landstingen behåller huvudmannaskapet.

Expertutbyte inom Norden

Av de fyra alternativen är detta sista det som projektgruppen verkar luta åt.

– Det är den enklaste och smidigaste lösningen. Omorganiseringar förstör alltid, säger projektledaren Per Bengtsson.

Antingen kan denna statliga myndighet då genom fortlöpande ackreditering bestämma vilka sjukhus som ska tillåtas utöva vilka specialiteter. Eller så kan en statlig myndighet genom revisioner ålägga ett sjukhus att vidta åtgärder eller lyfta av sjukhuset hela uppdraget. Eller helst en kombination av de båda där expertutbyte inom Norden skulle lösa behovet av oberoende expertis.

Flera avsnitt ägnas regionerna. En ökad samverkan inom regionerna är en förutsättning för hög kvalitet i den högspecialiserade vården, enligt PMet. Den bästa lösningen vore om all slutenvård inom en region slogs samman i en av landstingen gemensamt ägd organisation, medan finansieringen skulle ligga kvar på landstingen. En sådan regionalorganisation skulle uppfylla många av framtidskraven i rutan nedan, enligt PMet.

Enligt Per Bengtsson kan viss statlig styrning tänkas även av regionsjukvården.

Landstingen är för små för att erbjuda all vård. Och eftersom allt fler behandlingsmetoder vänder sig till ett litet antal patienter och samtidigt är beroende av andra specialiteter, så bör troligen det antal ställen som erbjuder högspecialiserad vård minska, antyder projektgruppen.

50 år gammal indelning

Nuvarande indelning i sjukvårdsregioner är 50 år gammal och bör anpassas till hur dagens sjukvård är specialiserad och till vad som är ett tillräckligt befolkningsunderlag för ett universitetssjukhus. Kanske borde antalet regioner minska från sex till fyra.

– Det skulle ha vissa poänger men innebär en väldigt hög kostnad. Det är bara en tanke, säger Per Bengtsson.

Promemorian tar inte upp vilka effekter resonemangen ovan skulle få för forskning och läkarutbildning, men i augusti planeras en särskild promemoria om klinisk forskning och i förslaget i oktober kommer de aspekterna att vävas in.

Elisabet Ohlin
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

Framtida utgångspunkter

Följande förhållanden bedömer projektgruppen kommer att prägla sjukvården fram till år 2025, och förslagen måste utgå ifrån dem.

• Fler äldre, fler åldersrelaterade och kroniska sjukdomar ställer större krav på sjukvården.

• Andelen patienter som behöver livsuppehållande behandling ökar. Nya sjukdomstillstånd ger ökat vårdbehov.

• Teknisk utveckling underlättar men kräver stora investeringar.

• Ökat vårdutbyte med andra länder ställer större krav på evidensbasering och kvalitetsdokumentation.

• Effektivisering måste tas till vara, eftersom kostnaderna kommer att öka på grund av nya behandlingsmöjligheter.

• Risk för kompetensbrist på grund av pensionsavgångar.

• En struktur som underlättar styrning och dimensionering mellan dagens länssjukvård, regionsjukvård och rikssjukvård behövs.

Ombudsmän mot forskningsfusk föreslås finnas vid varje lärosäte

Fristående ombudsmän mot forskningsfusk skulle ge enskilda forskare som anser sig oredligt behandlade en möjlighet att få sin sak prövad av en oberoende instans. Det menar Vetenskapsrådets etikkommitté, som nu föreslår att sådana införs på prov.

Sedan hösten 2002 har Vetenskapsrådets etikkommitté diskuterat möjligheten att införa ombudsmän mot forskningsfusk. Sådana finns redan i Tyskland, men där har man valt att dels ha en centralt placerad ombudsman, dels regionala ombudsmän vid de olika universiteten och högskolorna. Syftet är att stärka allmänhetens förtroende för forskning, samt att skapa en möjlighet för enskilda forskare som anser sig vara utsatta för oredligt behandlande från kolleger eller överordnades sida, att få sin sak prövad.

Ombudsmannen i fråga ska ha ett högt anseende bland forskare, men inte vara direkt knuten i sin profession till läroanstalten. Enligt förslaget ska valet av ombudsman göras av lärosätet i fråga. Han eller hon ska dock inte kunna beivra oredlighet, det blir rektorns uppgift. Det handlar snarare om att göra en första bedömning, och, om ombudsmannen finner anledning, därefter föra ärendet vidare till rektorn.

– Visst finns det farhågor om att en rektor kan tänkas vilja tysta ner ett sådant ärende, eftersom det riskerar att påverka universitetets rykte. Men det kan inte vara lätt för en rektor att avskriva ett ärende som ombudsmannen ansett ska drivas vidare. Då måste det finnas mycket goda skäl för det, säger Björn Thomasson, sekreterare i Vetenskapsrådets etikkommitté.

»Inget stort problem«

Förslaget om ombudsmän mot forskningsfusk har nu gått ut på remiss. Tidigast i oktober kan ärendet tas upp för beslut i i Vetenskapsrådets styrelse. Bland de relativt få remissinstanser som nu har att ta ställning till förslaget finns Sveriges universitets- och högskoleförbund, SUHF. Ordförande i SUHF är Christina Ullenius, rektor för Karlstads universitet.

– Vi har tidigare haft en diskussion med Vetenskapsrådet i den här frågan, och vi upplever det inte särskilt angeläget med speciella ombudsmän knutna till varje lärosäte. Så stort är inte problemet med forskningsfusk, säger Christina Ullenius.

– Det vore i så fall bättre om det tillsattes en centralt placerad ombudsman. Jag vill dock inte föregripa det beslut som SUHF kommer att ta i vår roll som remissinstans.

Vetenskapsrådets etikkommitté har dock ansett att det vore betydligt mer omständligt att införa en centralt placerad ombudsman, eftersom det då förmodligen skulle krävas ett riksdagsbeslut och en lagreglering,

– En ombudsman knuten till lärosätet har dessutom en viss insikt om lokala förhållanden och är förmodligen lättare att kontakta för den enskilde forskaren som misstänker forskningsfusk. Nu föreslår vi detta på försök i tre år, och skulle det inte fungera måste man kanske överväga att i stället ha en centralt placerad ombudsman, säger Björn Thomasson.

Peter Örn
peter.orn@lakartidningen.se

Trög privatisering i Västernorrland

Privatiseringen av primärvården var länge ett storstadsfenomen. Men i allt fler landsting även utanför de mest befolkningstäta regionerna drivs numera vårdenheter i privat regi. I Västernorrland finns nu två privata vårdcentraler och fler är på väg, även om processen går trögt.

För drygt tre år sedan beslutade landstingsstyrelsen i Västernorrland att inleda försök med alternativa driftsformer i primärvården. Fyra enheter skulle ingå i en försöksverksamhet som skulle pågå under fyra år för att sedan utvärderas.

Men det tog mer än två och ett halvt år innan den första vårdcentralen kunde komma igång i ny regi, och fortfarande drivs endast två vårdcentraler i annan regi än landstingets.

Söråkers vårdcentral som var snabbast ut, drivs sedan första oktober 2001 av Primary health care resurs AB, ett aktiebolag som helt och hållet ägs av vårdcentralens chef, allmänläkaren Staffan Salmonsson.



FOTO: MAX DANIELSON

Lis-Britt Engberg, VD i nystartade Njurunda vårdteam AB, som driver vårdcentral i Njurunda, hoppas att möjligheten att bli delägare i bolaget ska kunna locka till sig läkare.

– Jag hade redan det här bolaget och hade gått och väntat på att landstinget häruppe skulle bejaka alternativa driftsformer av primärvården, säger Staffan Salmonsson. Företaget har 18 anställda varav tre läkare. Avtalet är treårigt, med möjlighet till två års förlängning. Att detta från början presenterades som ett fyraårigt försök tror Staffan Salmonsson mer hade att göra med politisk försiktighet.

– Intrycket är väl att man är på väg att släppa de principerna och avreglera.

På Njurunda vårdcentral valde personalen att starta ett aktiebolag tillsammans, Njurunda Vårdteam AB. Redan i mars 2001 anmälde de sitt intresse att starta bolag, men det tog alltså mer än ➡