

Delrapport allergologi

Projektgrupp: Margareta Fält, Isabel Modigh, Piret Kaman Lepisk, Birger Forsberg.

Nulägesbeskrivning

1. Vårdutbud

Mottagningar

Vid akutsjukhusen finns fyra allergimottagningar för vuxna (Karolinska Solna och Huddinge, Danderyds sjukhus och Södersjukhuset). Ett av länets närsjukhus (Nacka Proxima Närsjukhus) har allergimottagning. Övriga privata allergimottagningar: Aleris Ersta och Riddargatan, Astma- och allergimottagningen S:t Göran, Cityakuten, Sophiahemmet och Allergikonsult Älvsjö. Antalet privatpraktiserande specialistläkare är elva. Av dessa elva läkare är tre verksamma inom nationella vårdtaxan, fem har en privat etablering men arbetar för närvarande inom ramen för vårdavtal med SLL, och tre arbetar på vårdavtal med SLL utan att ha en privat etablering i botten.

Beträffande de cirka 18 allergispecialister som är verksamma på ovanstående (sjukhus- och privata) mottagningar kan sägas att medelåldern för dessa är hög och många har också andra arbetsuppgifter eller arbetar deltid. Inom några år går flera i pension.

Diagnoser

De vanligaste allergiska åkommorna vid *akutsjukhusens mottagningar* är allergisk astma och allergisk rinit (snuva).

För *privata specialistläkare* rapporteras normalbesök och särskilda åtgärder enligt avtal och/eller nationella vårdtaxan. En samlad bedömning av tillgängliga verksamhetsredovisningar samt övrig information, tyder på att de vanligaste allergiska åkommorna i fallande ordning är astma (allergisk och icke-allergisk), rinit (allergisk och icke-allergisk) samt urtikaria (nässelutslag) /angioödem (allergisk svullnad, särskilt i ansiktet).

Slutligen utreds och behandlas patienter med allergiska besvär i stor utsträckning inom *primärvården*, i enlighet med dess basåtagande. De

vanligaste allergiska åkommorna i primärvården är astma, dermatit (eksem) och urtikaria.

Volymer-kostnader

På basen av tillgängliga data har antalet besök inom tre producentkategorier uppskattats (tabell 1). Ungefär 70% av patienterna tas om hand av privatläkare.

Tabell 1. Uppskattade volymer och kostnader specialiteten allergologi

Typ av vårdenhet	Antal besök under år 2008
Akutsjukhusens allergimottagningar	10.000
Privata allergispecialister med avtal	20.000
Allergispecialister verksamma på nationella taxan	6.100
Totalt	36.100

Anm 1: Siffrorna beträffande antal besök på akutsjukhusens mottagningar och hos privata allergispecialister med avtal är hämtade från Stockholms medicinska råds Årsrapport 2008.
Anm 2: Siffrorna är ungefärliga.

Den totala kostnaden för vård producerad av allergologerna (på sjukhusens mottagningar, privata mottagningar och läkarna på nationella taxan) år 2008 uppskattas till c:a 39 mkr.

Jourverksamhet/akut omhändertagande

I de vårdavtal som träffats med privata aktörer anges att tider för akut omhändertagande skall avsättas vilket också görs. Detta gäller även vid akutsjukhusens mottagningar. Särskild jourverksamhet för allergipatienter förekommer inte.

Läkemedel

Värda att beakta är följande nya och relativt kostsamma behandlingsmetoder, som har tagits i bruk de senaste åren. Omalizumab (Xolair) ordinerar för vissa fall av svår kronisk astma och ges i form av injektioner med en kostnad om cirka 100.000:- per patient och år. I dagsläget behandlas cirka 30 vuxna patienter inom SLL med detta läkemedel. Vidare behandlas ca 330 patienter inom SLL mot gräsallergi med Grazax, i form av tablett för sublingual hyposensibilisering. Läkemedelskostnaden är ca 12.000:- per patient och år. Det kan förväntas att fler patienter framöver kommer att ordinerar dessa läkemedel, vilket naturligtvis påverkar läkemedelskostnaderna.

FoUU

Forskning, utveckling och utbildning inom allergologin sammantaget omfattar bl a följande verksamheter: utbildning av läkarstuderande och specialister, utbildning av primärvården samt allergironder inom Allergicentrum Stockholm, uppbyggnad och drift av infrastruktur för klinisk patientnära forskning kring allergisjukdomar, verksamhetsansvar för drift av astma-/allergiforskning inklusive forskarutbildning och anskaffande av finansiering, vara partner i internationella nätverk för forskning och klinisk handläggning av svår astma, inkl. utveckling av biomarkörer, forskningsprojekt som stöds av Centrum för allergiforskning (Cfa), forskningssamarbete med andra enheter tex ALB, Klinisk Immunologi, Öron- näs-och hals-kliniken, samt deltagande i, alternativt ledningsansvar för, kliniska läkemedelsprövningar.

2. Kö – väntetid

I september 2009 var väntetiderna för prioriterade besök (med förtur) vid akutsjukhusens allergimottagningar 1-4 veckor och oprioriterade besök (utan förtur) 4-16 veckor. Vid allergimottagningen vid Nacka Närsjukhus Proxima AB var motsvarande tider 2 veckor för prioriterade och 12 veckor för oprioriterade besök. Väntetiderna för besök hos en privatpraktiserande allergolog var mellan 1 och 4 veckor för prioriterade besök och för ett oprioriterat besök mellan 10-17 veckor.

Det som rapporterats beträffande antal väntande patienter för allergologi besök i september 2009 var följande:

Totalt antal väntande: 615. Antal väntande >30 dagar: 264. Antal väntande >90 dagar: 107.

3. Beskrivning av uppdraget

Allergologi är en grenspecialitet under basspecialiteten internmedicin.

Riktlinjer och vårdprogram finns för astma, som ju kan ha allergisk orsak. På nationell nivå finns "Socialstyrelsens riktlinjer för vård av astma och kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) - faktadokument och beslutsstöd för prioriteringar", utgiven år 2004. På regional nivå finns SLL:s Regionala vårdprogram från år 2004, benämnt "Astma hos vuxna".

Andra dokument av intresse i sammanhanget är Läkemedelsverkets behandlingsrekommendation vid astma samt SBU:s kunskapöversikt om astma och KOL. I sammanhanget kan även nämnas VISS.nu som innehåller rekommendationer kring allergier och överkänslighetsreaktioner. VISS riktar sig dock i första hand till aktörer inom primärvården.

Någon uppdragsbeskrivning för allergologi finns inte i SLL:s avtal med de vårdgivare som tillhandahåller allergologi.

I praktiken är dock arbetsuppgifterna för privata specialistmottagningar utanför sjukhusen följande:

- Utredning av rinokonjunktivit (hösnuva); komplicerade fall då konventionell behandling inte har fungerat.
- Utredning/diagnostik och differentialdiagnostik av astma
- Behandling/ uppföljning av medelsvår – svår astma
- Utredning av svårare eller kronisk urtikaria / angioödem
- Utredning av allergi/överkänslighet avseende bi/geting, läkemedel
- Utredning av allergi/överkänslighet mot födoämnen som medför en betydande inskränkning i patientens livsföring
- Bedömning av indikation för ASIT-behandling (allergenspecifik immunterapi) och i förekommande fall också behandling under hela terapitiden dvs. 4-5 år
- Bedömning av indikation för anti-IgE-behandling (omalizumab) och i förekommande fall också sköta denna behandling

4. Beskrivningssystem och ersättningsnivåer

Ersättningen till vårdgivarna sker idag utifrån olika ersättningssystem beroende på vilken form av avtal som gäller för vårdgivaren.

Vad avser de privata specialistläkarna som är verksamma på en etablering, erhåller dessa ersättning enligt den nationella vårdtaxan. Privatläkare med vårdavtal ersätts också enligt nationella taxan samt i förekommande fall genom en i avtalen särskild åtgärdsprislista.

Akutsjukhus och närsjukhus har ersättningssystem som är baserade på beskrivningssystemet DRG (diagnosrelaterade grupper). Det förtjänar att påpekas att det inte finns specifika DRG för allergiska åkommor och tillstånd. Detta medför att man för att få fram data beträffande produktionen av allergologi, måste gå via sökningar på allergologirelaterade vårdåtgärder (KVÅ, Klassifikation av Vårdåtgärd).

De ersättningsnivåer som tillämpas inom de olika avtalen skiljer sig åt. Genomsnittspris för besök hos allergologspecialister år 2008 vid akutsjukhusen: 1 679 kr, vid Nacka Proxima närsjukhus 1 619 kr och hos privata specialister: 737 kr. Ersättningarna är inte jämförbara på grund av att undersökningarnas och behandlingarnas komplexitet skiljer sig åt och att privata specialister inte har kostnadsansvar för t.ex. medicinsk service.

Analys

1. Vårdutbud

Rollfördelning

I avtalen med akutsjukhusen ("Krav på vårdtjänsterna") fastslås att "vårdgivaren skall utnyttjas endast då dess specifika kompetens och/eller resurser behövs". För kategorin privata specialister inom allergologi med vårdavtal fastslås i avtalen att dessa vårdgivare skall ta emot "patienter vid sjukdomstillstånd då primärvård inte är rätt vårdnivå och akutsjukhusens resurser inte är nödvändiga".

Beträffande primärvårdens roll i sammanhanget förtjänar det att framhållas att stora volymer av allergiska besvär handläggs inom primärvården, som är den första linjens sjukvård.

Vad gäller samarbetet mellan specialistvården och primärvården finns Allergicentrum Syd som utför regelbundna allergironder i samarbete mellan sjukhusspecialiteter inom barn-och vuxenallergologi, hud, yrkeshud, öron m.fl. och primärvård med årsvis projektanslag från sjukvårdsområdet och Cfa (Centrum för allergiforskning, KI). Allergicentrum Nord och Allergicentrum SöS har liknade verksamhet utan anslag. Som paraplyorganisation fungerar Allergicentrum Stockholm.

Långsiktigt behov och geografisk fördelning

Det finns ett behov av att öka det totala utbudet av allergisjukvård. En central fråga i sammanhanget är dock om det finns fler allergologer att tillgå. Vad gäller tillgången till allergispecialister kortsiktigt kan sägas att medelåldern bland dessa är hög och pensionsavgångarna därför kommer att vara relativt stora. Det finns således ett behov av att trygga tillväxten av allergispecialister i länet.

Vad gäller den geografiska fördelningen av allergologer kan konstateras att Allergimottagningarna i Stockholms län är belägna i Stockholm (SöS), Solna (KS), Huddinge (KS), Danderyd (Danderyds sjukhus) och Nacka (Nacka Proxima Närsjukhus). Vad gäller de privatpraktiserande allergispecialisterna, är samtliga dessa verksamma inom Stockholms stad. I det stora flertalet av länets 26 kommuner finns således inte allergologi (som specialitet) att tillgå. Eftersom allergologerna i första hand skall ägna sig åt planerad specialistvård och ej akutvård är det rimligt att bedöma tillgängligheten för landstinget som helhet. Allergologin bör liksom andra mindre specialiteter koncentreras till områden med stora befolkningar där underlaget för deras verksamhet är störst.

2. Styrning av vårdinnehållet

En uppdragsbeskrivning kan ge ökade möjligheter att styra vårdinnehållet. Som tidigare nämnts finns idag inte någon uppdragsbeskrivning i de vårdavtal som SLL har med allergispecialisterna.

Uppdragsbeskrivningen skall stödjas av ersättningssystemet, ett annat verktyg för att styra vårdinnehållet. En ersättningsmodell för allergologin bör innefatta ersättningsprinciper som gör att allergispecialisten inte finner det lönsamt att ta uppenbara primärvårdsfall. En annan princip kan vara att sådana återbesök som inte är kopplade till hyposensibilisering ersätts lägre än nybesök. Detta för att styra färdigutredda patienter tillbaka till primärvården.

I sammanhanget måste beaktas den omständigheten att det inte finns något remisskrav, vilket gör att patienten har rätt att söka direkt till allergispecialist oavsett om åkomsten är komplicerad eller ej. Detta är ytterligare en omständighet som gör det angeläget att ha ändamålsenliga uppdragsbeskrivningar och ersättningssystem.

3. Förslag

Förvaltningen bedömer att vårdval tillgodoser behoven av kontinuitet och vårdsamband och bidrar till en fortsatt mångfald av vårdgivare. Vårdval synes vara den framkomligaste vägen att ersätta nuvarande privatläkaravtal och en möjlighet att bibehålla de fördelar som vunnits i samband med utvecklingen av dessa avtal.

Uppdraget bedöms kunna beskrivas, avgränsas och ersättas på ett sådant sätt att specialistkompetensen tas till vara och vård utförs på rätt vårdnivå. Därmed finns förutsättningar att totalkostnadskontrollen långsiktigt kan upprätthållas.

Delrapport gynekologi

Projektgrupp: Ingrid Aldehag Hansen, Henrik Almkvist, Pia Axelson, Tore Broström, Anita Cronholm, Jan Erlandsson, Eva Hellström, Eva Lestner.

Nulägesbeskrivning

1. Vårdutbud

Mottagningar

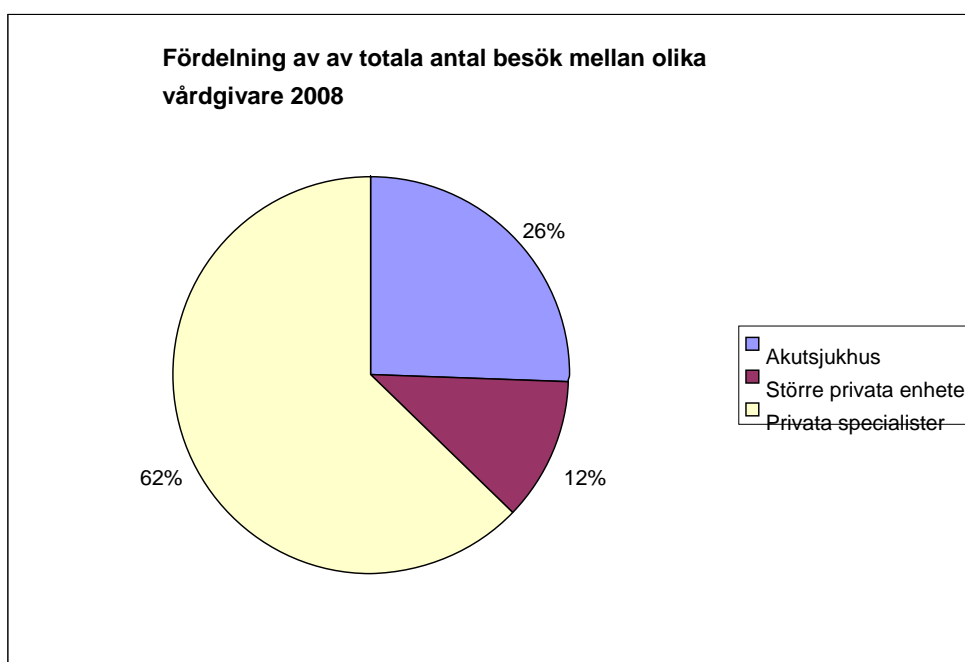
Gynekologmottagningar finns på Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Huddinge, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Södertälje och Norrtälje sjukhus, samt vid närsjukhusen Täby, Sabbatsberg, Handen, Löwenströmska, Järva och Nacka. Upphandlade avtal med större privata enheter finns även med Gynspecialisterna Kista Avesina AB och Gynekologkliniken Stockholm.

Det finns 32 avtal med totalt 84 privata specialtläkare samt 39 specialtläkare utan vårdavtal. Det finns två gynekologmottagningar som drivs av SLSO, en i Vallentuna samt en på Liljeholmen. Även Barnmorskorna Gamla Stan har en gynekologmottagning.

Diagnoser

De vanligaste diagnoserna på gynekologmottagningarna är problem som har samband med oönskad graviditet, abort samt rådgivning. Andra vanliga diagnoser är infertilitet, klimakteriebesvär, inkontinens, blödningsbesvär, kontroll och behandling av cellförändringar, framfall och infektioner.

Volym – kostnader



Figur 1

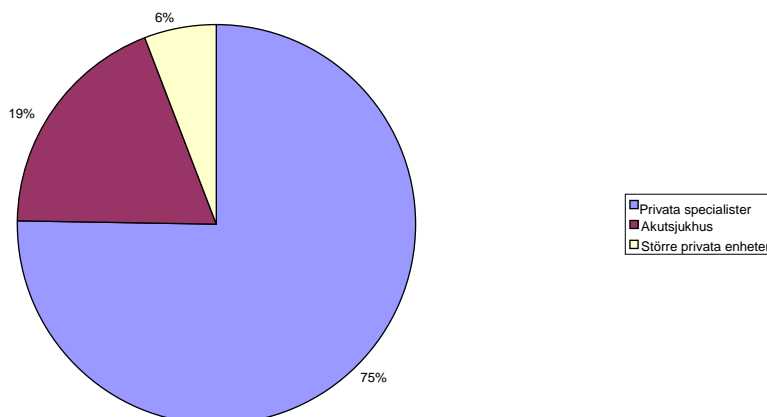
Under 2008 gjordes totalt 451 000 besök, inkl dagkirurgi och telefonbesök, med följande fördelning. Akutsjukhusen 115 000 besök, varav c a 16 000 (14 %) akuta, större privata enheter 53 000, varav c a 400 (knappt 1 %) akuta, privata specialistläkare (med eller utan avtal) 283 000 besök, varav c a 7000 (2,5 %) akuta. (se figur 1)

Den totala kostnaden för gynekologi i öppen vård inkl dagsjukvård 2008 var **525 mkr** med följande fördelning: sjukhusen 245 mkr, de större privata enheterna 78 mkr och de privata specialisterna 202 mkr.

2009-11-04

Bilaga 2

Fördelning av totala antalet aborter mellan olika vårdgivare 2008



Figur 2.

Under 2008 gjordes totalt 10 722 aborter inkl utomlänspatienter, varav 56 % medicinska och 44 % kirurgiska, med följande fördelning: akutsjukhusen 8 067 , större privata enheter 2 008 och privata specialister 647 (se figur 2). Till och med augusti 2009 har utförts 7 874 aborter, vara 67% medicinska och 33% kirurgiska. Akutsjukhusen har 2009, t o m augusti, utfört 69% av det totala antalet aborter, vilket skall jämföras med 75% för hela 2008.

Geografiskt fördelar sig vården så att 82 av 123 specialistläkare har sina mottagningar inom Stockholm stad, 24 i norra länsdelen och 17 i de södra länsdelarna.

Kö – väntetid

Vårdgivarna på sjukhusen rapporterar in via CVR (Centrala Väntetids Registret).

Väntetiderna för prioriterade besök (med förtur) vid gynekolog-mottagningar på akutsjukhusen är 1-4 veckor och 4-8 veckor utan förtur. Vid närsjukhusen är väntetiden för prioriterade fall 1-4 veckor och 2-9

2009-11-04

Bilaga 2

veckor för oprioriterad plats. Väntetiden hos privatpraktiserande gynekologer för prioriterad plats är 1-4 veckor och för oprioriterad plats 1-12 veckor.

Behandlingar eller operationer där väntetiden kontinuerligt registreras är hysterektomi (borttagning av livmodern), prolaps (livmoderframfall) och urininkontinens. I september hade 236 kvinnor väntat mer än 90 dagar på operation eller behandling, vilket är 25% av det totala antalet väntande.

Privata specialister rapporterar inte till CVR utan redovisar uppskattad väntetid i antal veckor via Vårdguiden.

I flerårsavtalen finns ett mer utvecklat regelverk kring tillgänglighet för akutsjukhusen som syftar till att skapa incitament för vårdgivarna att prioritera sina resurser till de områdena med stor efterfrågan och störst behov. Då uppdraget inte är kopplat till volymer per klinik eller specialitet, är det tillgänglighetsansvaret som sätter ramarna för sjukhusens produktion. Sjukhusen har från och med 2009 ansvar för att väntetiderna för patienterna inte överstiger tidsgränserna för vårdgarantin.

Antal väntade patienter per september 2009 inrapporterande till CVR (avser första mottagningsbesöket)

Sjukhus	Totalt	Antal väntade > 30 dagar	Antal väntade >90 dagar
Danderyd	236	19	9
Södersjukhuset	160	31	9
Karolinska	402	56	17
Södertälje	131	14	2
Norrtälje	59	13	1
Totalt	988	133	38
Större privata enheter	Totalt	Antal väntande > 30 dagar	Antal väntande > 90 dagar
Handen	206	16	7
Järva	15	10	3
Löwenströmska	97	9	1
Nacka	363	186	79

2009-11-04

Bilaga 2

Sabbatsberg	101	16	10
Täby	47	10	2
Gynspec Kista			
Avesina AB	0	0	0
Gynekologkliniken			
Stockholm	157	0	0
Totalt	986	247	102

Ärenden till Patientnämnden

Patientnämndens ärenden inom gynekologi/förlossningsvård rör till största delen behandling, men även bemötande och tillgänglighet. Inom gynekologi/förlossningsvård har antalet ärenden ökat med 17% jämfört med föregående år. Patientnämnden kommer att bevaka den markanta ökningen av ärenden 2008 inom bland annat gynekologi/förlossning.

2. Beskrivning av uppdraget

Vårdprogram och kvalitetsregister

Regionala vårdprogram finns bl.a. för abort, infertilitet, klimakteriella symtom, gynekologiska infektioner, STI/HIV prevention och urininkontinens. Nationella vårdprogram saknas. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, SFOG, utger rekommendationer.

Kvalitetsregister finns för: gynekologisk kirurgi, gynekologisk onkologi, assisterad befruktning, gynekologisk cellprovskontroll.

Uppdrag för specialistmottagningar

Inom avtalet överenskommen vårdprofil och sammansättningar av patientgrupper ska följas. Den öppna mottagningsverksamheten ska dels inriktas mot bedömningar inför och kontroller efter åtgärd, dels att tillhandahålla mottagningstider för patienter som behöver få en medicinsk bedömning med kort varsel.

Verksamheten vid specialistmottagningen ska utgöra en naturlig del av det utbud landstinget bedömer ska finnas inom den gynekologiska specialiteten genom att effektivt bota lidande och höja livskvaliteten inom ett antal stora patientgrupper. Målet är att patienterna

2009-11-04

Bilaga 2

slutbehandlas för alla de tillstånd som ingår i verksamhetens utbud. Endast vid förutsett behov av särskild kompetens i samband med åtgärd kan patienter inom den egna specialiteten hänvisas till annan Vårdgivare.

Vårdgivaren svarar för att patienten färdigutreds t.ex. med ultraljud och laboratorieanalyser, även i de fall patienten remitteras till annan vårdgivare för operation/behandling.

Vårdgivaren ska verka för samverkan med sjukhusens kvinnokliniker och andra gynekologer för att reglera remissflöden och prioriteringar inom den gynekologiska sjukvården i SLL.

Verksamheten ska innehålla följande insatser:

- behandlingar av gynekologiska sjukdomar och besvär och därmed relaterade eller närliggande problem
- utredning/bedömning av sjukdomar i reproduktionsorganen samt vid inkontinens och prolaps
- abortutredning innefattande två besök. (Det första besöket innefattar samtal, gynekologisk undersökning, ultraljud samt provtagning inför medicinsk abort. Det andra besöket innefattar preventivmedelsrådgivning och stödsamtal samt efter medicinsk abort även ultraljud.
- övrig specialistkrävande utredning, såsom fertilitetsutredning

Uppdrag för specialiserade akutsjukhus

Därmed avses: Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Södertälje sjukhus. Uppdraget omfattar:

- Specialiserad vård inom gynekologi, sluten och öppen vård.
- Sjukhusen ska inte utföra gynekologisk kirurgi för malign sjukdom.

Uppdrag för högspecialiserat akutsjukhus

Därmed avses Karolinska Universitetssjukhuset. Uppdraget omfattar:

2009-11-04

Bilaga 2

- Specialiserad vård inom gynekologi, sluten och öppen vård förutom att Karolinska inte ska utföra gynekologisk kirurgi för benign sjukdom.
- Karolinska ska ansvara för övrig gynekologisk vård som är högspecialiserad eller kräver ett multidisciplinärt omhändertagande.

Uppdrag för gynakuten Karolinska Universitetssjukhuset

Karolinska Universitetssjukhuset har uppdrag att i första hand koncentrera sig på de patientgrupper som kräver sjukhusets resurser. I konsekvens med detta har under våren uppdraget för gynakuten förändrats och gynakuten i Solna är stängd kvällar, nätter och helger. Avsikten är att till största del ta hand om patienterna inom ramen för Karolinska Universitetssjukhuset; på jourtid i Huddinge och på dagtid i planerad verksamhet i Solna. Patienter som kommer i ambulans eller är för svårt sjuka för att hänvisas kommer att tas emot på akutmottagningen och bedömas. Vid behov kan patienter observeras eller skrivas in på gynekologisk slutenvårdsplats.

Patienter som kan hänvisas styrs till

- i första hand planerat återbesök på gynmottagningen Karolinska Solna (tider finns reserverade för detta) efterföljande vardag
- återbesök på gynmottagning via Vårdguidens försorg efterföljande vardag
- gynakuten Huddinge, om patienten bedöms behöva vård på jourtid

Patientsamtal till gynakuten på bl a Karolinska Universitetssjukhuset kopplas till barnmorskor på Vårdguiden. Ett projekt pågår med rådgivning och möjlighet att få en tid hos en gynekologisk öppenvårdsmottagning om vårdbehovet bedöms vara sådant att sjukhusets resurser inte behövs. Projektet har fallit väl ut och samarbetet med gynekologiska öppenvårdsmottagningar utvidgas.

Uppdrag för vårdgivare med angränsande uppdrag

Husläkarverksamheten skall vara förstahandsvalet av hälso- och sjukvård inom ramen för LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå). Husläkarverksamheten skall svara för befolkningens behov av medicinsk behandling, omvårdnad som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser. I uppdraget ingår att kunna utföra gynekologisk

2009-11-04

Bilaga 2

undersökning och vid behov skicka remiss till specialist. I Stockholm är det dock vanligt att kvinnor i första hand vänder sig direkt till specialist i gynekologi till skillnad från landet i övrigt.

Verksamheten vid barnmorskemottagning/mödravårdcentral vänder sig till kvinnor i behov av rådgivning/förskrivning/utprovning/applicering samt instruktion om familjeplanering samt ge information om STI-förebyggande insatser. De genomför även gynekologisk cellprovtagning enligt den organiserade screeningen för cervixcancer.

Till ungdomsmottagningarna är alla mellan 12 och 22 år välkomna. På mottagningen skall minst finnas barnmorska och kurator. Gynekolog finns tillgänglig ett antal timmar per månad, oftast fasta dagar/tider. Största uppdraget är preventivmedelsrådgivning och förebyggande hälsovård rörande STI.

3. Framtida förändrade vårdbehov

Demografi

Under de närmaste 5 åren beräknas vårdbehoven öka på grund av ändrad demografi, inte minst en ökning av antalet kvinnor i fertil ålder.

Effekter av HPV-vaccinering

Vaccinering mot HPV-infektioner har sedan 2008 fått ökad användning. Från 2010 ingår det som ett erbjudande inom skolhälsovårdens ram till flickor 12-13 år gamla.

Som en följd av detta beräknas insjuknande i livmoderhalscancer reduceras, men eftersom sjukdomen tar många år att utveckla kommer vi inte att se denna sjunkande tendens förrän om ca 15 år. Vi kommer tidigare – mindre än 10 år - att notera färre patienter som har cellförändringar. Kontroll och behandling av cellförändringar utgör en relativt stor andel av vårdutbudet inom öppenvårdsgynekologin.

I dag finns det två vacciner mot HPV-virus. Det ena (Gardasil), som är helt dominerande på marknaden, ger även ett skydd på kondylom (könsvärtor). Besök för diagnostik och behandling kondylom utgör några procent av gynekologins verksamhet och vi förutser här en viss minskning med början inom 5 år, under förutsättning att SKL väljer Gardasil för vaccinationsprogrammet.

2009-11-04

Bilaga 2

Klamydia

Antal fall av Klamydiainfektion har under flera år ökat, vilket framför allt har omhändertagits inom ramen för Ungdomsmottagningar och Sesammottagningar, men även inom husläkarmottagningar och den öppna gynekologiska vården.

Den senaste statistiken visar för första gången på länge på färre insjuknade, men det är för tidigt att tala om ett trendbrott.

2009 startar ett projekt på Vårdguiden med "klamydiatest på nätet", vilket beräknas ge en effektivare smittspårning och i förlängningen färre klamydiafall.

Diagnostik

Ultraljudsapparater kommer sannolikt att utvecklas med bättre bildkvalitet och därmed bättre förutsättningar för korrekt diagnostik. Det innebär också, att man ser förändringar, som är i en gråzon, där man saknar kunskap om den patologiska betydelsen. Detta kommer att innebära fler kontroller. Kommande generationers ultraljudsapparater blir sannolikt dyrare än dagens.

Det pågår utvecklingsarbete för förbättrad cellprovtagning med lbc (liquid based cytology), som bättre och tidigt kan identifiera de allvarligaste cellförändringarna. Metoden är ännu inte i bred klinisk användning och ger inte bara fördelar då det även ger fler falskt positiva prover, samt är en dyrare metod.

Studier har visat att screening av ovarialcancer genom en kombination av blodprov och ultraljud kan förlänga överlevnaden. Denna typ av screening visar att det vid operation föreligger cancer i vart tredje fall, att två av tre således genomgått operation utan att det föreligger cancer. Kunskapsläget beträffande screening av ovarialcancer är för närvarande för osäkert för att metoden skall införas.

4. Beskrivningssystem och ersättningsmodeller

Ersättningen till vårdgivarna sker idag utifrån olika ersättningssystem beroende på vilken form av avtal som gäller för vårdgivaren. I de avtal som gäller för akutsjukhusen och närsjukhusens verksamhet utgår ersättning enligt DRG-systemet. Vad avser de privata specialistläkarna som är verksamma på en etablering erhåller de ersättning enligt den nationella vårdtaxan. Privatläkare med vårdavtal ersätts också enligt nationella taxan samt i förekommande fall genom en i avtalen särskild åtgärdsprislista.

2009-11-04

Bilaga 2

Genomsnittsansättningen för besök hos specialistläkare i öppenvård, inkl. dagkirurgi samt telefon- och brevkontakter var 2008: akutsjukhusen 2 130 kr, närsjukhusen 1 470 kr och privata specialister: 715 kr. Ersättningarna är inte jämförbara på grund av att undersökningarnas och behandlingarnas komplexitet skiljer sig åt och att privata specialister inte har kostnadsansvar för t.ex. medicinsk service.

Effekter av möjlighet att sälja/överlåta etablering

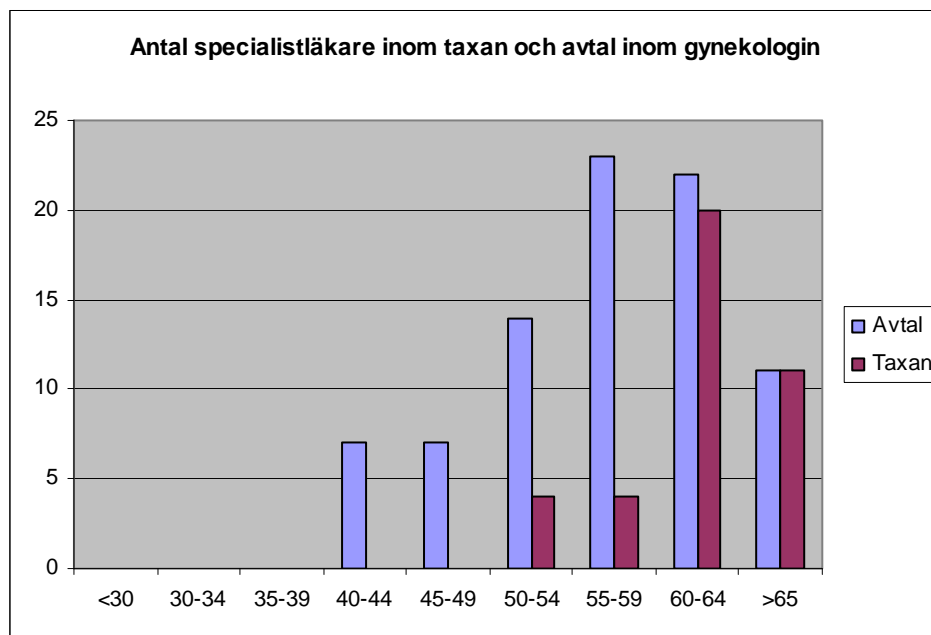
Den 1 april 2009 trädde en ny lag i kraft; ”Ersättningsetablering för vissa privata vårdgivare m.m.” Lagen innebär i korthet att läkare som idag har rätt att arbeta enligt Lag 1993:1651 om läkarvårdsersättning (etablering) kan överlåta/sälja sin etablering till annan läkare. Vilken effekt lagen långsiktigt får för Stockholms läns landsting är svårt att bedöma. Hittills har endast ett fåtal gynekologer ansökt om att få sälja. En av flera faktorer som påverkar är att köparen av en etablering inte får ha rätt till ersättning enligt lagen om vårdvalssystem, d v s att vårdval har införts.

Att dra slutsatser från siffermaterial om åldersfördelningen för privata specialistläkare med etablering är svårt då ingen särskild pensionsålder är självklar. Innehavare av en etablering har fr.o.m. 1 juli 2007 rätt att arbeta med den livet ut.

Nedanstående figur visar åldersfördelningen för privata specialistläkare, oavsett om läkaren har egen etablering.

2009-11-04

Bilaga 2



Figur 3

Antal läkare med avtal som är >60 år är 39 % och antal läkare enligt nationella taxan >60 år är 79 %. (se figur 3)

Analys

1. Vårdutbud

Rollfördelning

Vissa åkommor ska, enligt intentionerna i VISS, behandlas av allmänspecialister inom primärvården bland annat. I vilken utsträckning dessa "guidelines" följs av husläkare är svårt att säga men det finns anledning att tro att en högre andel åkommor skulle kunna behandlas på denna vårdnivå. I många fall sker säkert den allra första kontakten mellan patient och vårdgivare via Vårdguidens sjukvårdsrådgivning, där patienten får en viss vägledning om de ska söka vård eller inte och på vilken nivå.

Den gynekologiska vård som utförs i öppenvård vid akutsjukhusen, närsjukhusen och de privata specialisterna är i huvudsak av samma karaktär. Vid akutsjukhus och närsjukhus skall i första hand utföras sådant som kräver sjukhusets resurser. Beträffande utredningar och särskilda åtgärder i övrigt får man utgå ifrån att detta sker med samma höga kompetens oavsett

2009-11-04

Bilaga 2

om specialistläkaren är verksam vid sjukhus eller inom den privatpraktiserande öppenvården.

Tillgänglighet

Den ökade fertiliteten, som beror på inflyttning av ung population, återspeglas också i ökad mängd akutbesök och inläggningar (utomkvedshavandeskap, missfall samt aborter) inom gynekologin. Detta har medfört köer inom urogynekologi och benign kirurgi och vårdgarantin kan ej upprätthållas vid vissa enheter.

Sedan ett par år tillbaka har Vårdguidens sjukvårdsrådgivning möjlighet att boka läkartider vid några gynekologmottagningar. Detta arbetssätt behöver utvecklas och nu pågår ett projekt med syfte att förbättra och utveckla tillgängligheten för akut sökande patienter. Tre privata gynspecialister och två gynakuter är med i projektet. Projektet startade i juni 2009 och planeras pågå året ut. Personalen på sjukvårdsrådgivningen är utbildade sjuksköterskor med gynekologisk erfarenhet/barnmorskor.

Geografisk fördelning

Utbudet av privata specialister är ojämnt fördelat över länet åtminstone ur invånarnas perspektiv och mot bakgrund av tidigare politiska beslut om utökad närsvård. Framförallt inom den södra länsdelen, men även i kommunerna i norra länsdelen är det underförsörjt, jämfört med Stockholms stad. Av totalt 123 specialistläkare är 24 verksamma i norra länsdelen och 17 i de södra länsdelarna. Att det största utbudet av privata vårdgivare finns i Stockholms innerstad har delvis sin förklaring i att många av länets invånare arbetar där liksom att kommunikationerna till innerstaden är goda.

2. Styrning av vårdinnehållet

LEON-principen, dvs lägsta effektiva omhändertagande nivå, skall eftersträvas. Vid en förbättring av följsamheten kring denna princip både inom primärvården, hos privatläkarna samt akutsjukhusen skulle utrymme för fler mottagningsbesök sannolikt friställas hos gynekologerna. Det finns dock en svårighet att avgränsa vårdtjänsten gentemot primärvården. De flesta kvinnor söker sig direkt till specialist med sina problem utan att gå via primärvården. VISS borde kunna användas som en god vägledning om vilka patienter som ska få vård på respektive nivå.

2009-11-04

Bilaga 2

Flera samverkande styrmedel behövs för tillämpning av LEON-principen:

- information till allmänheten genom Vårdguiden och andra kanaler
- tydlig uppdragsbeskrivning
- ersättningsmodell som stöder uppdragsbeskrivningen
- uppföljning av vårdinnehållet och tillämpningen av vårdprogrammen

Vid sidan om uppdragsbeskrivningen är ersättningsmodellen det kanske viktigaste instrumentet för att styra mot det eftersträlvade vårdinnehållet och kontrollera kostnaderna.

3. Förslag

Förvaltningen bedömer att vårdval tillgodoser behoven av kontinuitet och vård samband och bidrar till en fortsatt mångfald av vårdgivare. Vårdval synes vara den framkomligaste vägen att ersätta nuvarande privatläkaravtal och en möjlighet att bibehålla de fördelar som vunnits i samband med utvecklingen av dessa avtal.

Uppdraget bedöms kunna beskrivas, avgränsas och ersättas på ett sådant sätt att specialistkompetensen tas till vara och vård utförs på rätt vårdnivå. Därmed finns förutsättningar att totalkostnadskontrollen långsiktigt kan upprätthållas.

Vid utformningen av uppdragsbeskrivning och ersättningsmodell måste särskilt uppmärksammas att behov inom nuvarande bristområden, främst urokirurgi och benign kirurgi, tillgodoses. Uppdraget för öppenvårdsgynekologin bör därför sannolikt utformas så att det blir heltäckande i bemärkelsen att inrymma inte bara mottagningsverksamhet utan även aborter och kirurgi. Möjligheter till akuttider bör ingå i uppdraget. En konsekvens av en sådan strategi är troligen att det krävs samverkan mellan flera vårdgivare för att hela uppdraget skall kunna tillgodoses.

Vårdvalet föreslås genomföras 1 januari 2012. Därmed ges möjlighet att ta tillvara erfarenheter från andra vårdvalsområden med en omfattande öppenvård.