



Region Skåne

Etik och prioriteringar

Revisionsrapport

KPMG AB
2015-08-10
Antal sidor: 24

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Bakgrund	4
3.	Syfte och revisionsfrågor	4
4.	Ansvarig nämnd	5
5.	Metod och projektorganisation	5
6.	Utgångspunkter	5
6.1	Prioriteringar	5
6.2	Etik	6
7.	Iakttagelser	8
7.1	Nationella prioriteringar	8
7.1.1	Nationella riktlinjer	8
7.1.2	SBU	9
7.1.3	Nationella vårdprogram	9
7.1.4	Riktade statsbidrag och överenskommelser	10
7.1.5	Patientlagstiftningen	10
7.1.6	Öppna jämförelser	10
7.1.7	Vårdvalsreformen	11
7.1.8	Kommentarer och bedömning	11
7.2	Politiska styrningen av hälso- och sjukvården	11
7.2.1	Regionstyrelsen	11
7.2.2	Hälso- och sjukvårdsnämnden	11
7.2.3	Sjukvårdsnämnderna (SUS/Sund/Kryh)	12
7.2.4	Habiliterings- och hjälpmedelsnämnden	12
7.2.5	Budgetprocessen och verksamhetsstyrning	12
7.2.6	Nämnder och förvaltningar	13
7.2.7	Strategikartan	14
7.2.8	Balanserad styrning	14
7.2.9	Kommentarer och bedömning	14
7.3	Ekonomistyrning och ersättningsystem	15
7.3.1	Ersättningsmodeller för vårdval	15
7.3.2	Förvaltningsintern ersättningsmodell	15
7.3.3	Budgetmodell för läkemedel	16
7.3.4	Kommentar och bedömning	16

7.4	Regionens etiska arbete	17
7.4.1	Etiska rådet	17
7.5	Etik på förvaltningsnivå	18
7.6	Kommentarer och bedömning	19
7.7	Regionens prioriteringsarbete	20
7.7.1	Medborgardialog	20
7.7.2	Prioriteringsrådet	21
7.7.3	Avdelningen för Hälso- och sjukvård	21
7.7.4	Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling	21
7.7.5	Enheten för läkemedelsstyrning (Läkemedelsrådet)	22
7.7.6	Enheten för HTA	23
7.7.7	Prioriteringar på lokal nivå (förvaltningsnivå)	23
7.8	Kommentarer och bedömning	24

1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag av Region Skånes förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av hur Region Skåne arbetar med etik och prioriteringar samt bedömt hur olika ersättningsystem inverkar på styrningen i enlighet med de etiska principerna¹.

Prioriteringar har alltid gjorts och kommer alltid att behöva göras inom vården. Prioriteringar är en stor utmaning både för de som styr över vården - politiker - och för vårdens professioner som möter den enskilde patienten. Det har aldrig gjorts så mycket för så många i hälso- och sjukvården samtidigt som resurserna är begränsade. Val (prioriteringar) måste göras vilket innebär att något måste stå tillbaka till förmån för något annat. Behovet av prioriteringar kommer med stor sannolikhet att öka i framtiden till följd av demografiska förändringar och ökad andel äldre i befolkningen samt till följd av att den medicinska utvecklingen går framåt. Sveriges riksdag har beslutat om en etisk plattform som innebär att prioriteringarna ska utgå från alla människors lika värde (människovärdesprincipen), att de med störst behov ska få sina behov tillfredsställda först (behovs- och solidaritetsprincipen) samt med kostnadseffektivitet.

Granskningens bedömning är att det inte finns några *regionövergripande regler* för hur det lokala prioriteringsarbetet ska utformas. Däremot finns det regionala stödfunktioner för prioriteringsarbetet genom t.ex. HTA-enheten², läkemedelsrådet, regionens etiska råd och det nybildade Prioriteringsrådet. Ett instrument för professionell prioritering är också de kunskapsunderlag som återfinns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer samt i SBU:s³ värderingar av nya metoder. Granskningen kan inte bedöma i vilken grad de satsningar/prioriteringar som görs tar hänsyn till de etiska principerna i hälso- och sjukvårdslagen och hur dessa avspeglas i ersättningsystemet. Enligt riksdagens beslut år 1997 ska prioriteringarna göras öppet, vilket alltså inte kan sägas ske idag. Däremot kan sägas att de grundläggande etiska principerna är synliga och formulerade i styrande dokument men att kopplingen till fattade beslut och satsningar är otydligt formulerade.

Vilka regler och riktlinjer gäller för sjukvården i Skåne när det gäller etiska bedömningar i samband med prioriteringar?

Det finns inga bestämda regionala ”regler” för hur etiska bedömningar ska ske i samband med prioriteringar i Region Skåne. Den förändring i Hälso- och sjukvårdslagen som infördes år 2010 med en lagreglering av etisk bedömning i samband med prioriteringar har inte resulterat i någon regionalt formulerad tillämpning. Inom HTA-enheten tillämpas en utvärderingsmetod som inkluderar etiska risker och en etisk bedömning (se avsnitt 13.3.3.). I prioriteringsrådet finns det etisk kompetens. Det finns en beskriven process för hur satsningar (prioriteringar) ska formuleras i regionens budgetarbete.

¹ Etiska principer för prioritering finns formulerade i det av riksdagen antagna regeringsförslaget Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1997/98:60) se avsnitt 6.2.

² Health Technology Assessment (utvärdering av metoder och tekniker i hälso- och sjukvården)

³ Statens beredning för medicinsk och social utvärdering

Det bör påpekas att Socialstyrelsen inte har tagit fram några riktlinjer eller tillämpningar för hur för tillägget i HSL ska tillämpas.

Är reglerna tillräckligt tydliga för att utgöra underlag för arbetet i sjukvården?

Bedömningen är som nämns ovan att det i dagsläget inte finns regionövergripande ”regler” för hur prioriteringsprocessen ska utformas i det vardagliga arbetet. Däremot finns det nationella och regionala riktlinjer, vårdprogram etc. som utgör grunden för en stor del av arbetet inom hälso- och sjukvården. Det finns stödfunktioner och rutiner för ordnat införande av nya metoder. Det finns sedan år 2007 ett externt etiskt råd kopplat till hälso- och sjukvårdsnämnden. Under år 2015 inrättade regiondirektören ett prioriteringsråd. Läkemedelsrådet och läkemedelsenheten är en viktig del i styrningen av hälso- och sjukvården avseende prioriteringar inom läkemedelsområdet.

Bedömningen är att det finns underlag för prioriteringar utifrån regionala och nationella riktlinjer, vårdprogram, läkemedelsriktlinjer etc. Även HTA-enhetens utvärderingar utgör underlag för prioriteringar. Däremot är vår bedömning att den etiska dimensionen i dessa underlag bör förstärkas.

Hur tillses att berörd personal får information och har kännedom om regelverket?

Det finns ingen speciell organisation för prioriteringar/etiska frågeställningar i regionens linjeorganisation. Ansvaret för spridning av gällande prioriteringar sker i huvudsak genom sedvanliga kanaler och uppdrag i respektive förvaltning.

Hur arbetar man på region- och förvaltningsnivå med prioriteringar, dvs. vilken struktur har byggts upp för detta?

Det finns en framtagen modell för hur prioriteringar ska ske på ett mer strukturerat sätt i samband med regionens budgetprocess med utgångspunkt från behovsanalyser. Bedömningen är att den etiska analysen i den processen bör förstärkas och fördjupas (se avsnitt 7.2.5.).

Som nämns ovan inrättades år 2015 ett prioriteringsråd för stöd vid övergripande beslut och att vara en del i ordnat införande av eller utmönstring av metoder. Rådet har hittills tagit fram ett underlag avseende fosterdiagnostik med en ny metod (NIPT).

Enheten för kunskapsbaserad vård är placerad inom förvaltningen Skånes universitetssjukvård (Staben forskning och utbildning) och har ett uppdrag att utvärdera nya metoder och ge förslag på deras användning inom SUS på uppdrag av Styrgruppen för ordnat införande. Detta innefattar HTA-baserad evidensgradering, men också hälsoekonomiska beräkningar. Denna verksamhet startade år 2013 på initiativ av SUS förvaltningsledning. Det finns också inom Region Skåne en HTA-enhet vars arbete delvis överlappar med de uppdrag som Enheten för kunskapsbaserad vård utför. HTA-enheten startade år 2013 på initiativ av SUS förvaltningsledning och dåvarande medicinska direktören för Region Skåne.

Arbetet med prioriteringar och etik inom regionen skiljer sig åt mellan de olika förvaltningarna. Det är endast Skånes universitetssjukvård (SUS) som har en

förvaltningsövergripande organisation för etik. Inom Kryh beslutades i maj 2015 att en motsvarande organisation ska skapas inom förvaltningen. Vid övriga förvaltningar finns det lokala etiska råd utifrån verksamheternas engagemang och intresse.

Hur görs uppföljning av att reglerna följs och vilka förutsättningar finns för att följa upp prioriteringsarbetet?

Inom läkemedelsområdet sker kontinuerligt en uppföljning av om de rekommendationer som ges följs genom förskrivningsmönster etc. När det gäller övriga områden så är det framförallt de områden som lyfts fram och ingår i regionens nyckeltal som följs upp. Det finns så vitt vi kan se inte någon annan strukturerad uppföljning av hur prioriteringsprocesserna ser ut i regionen.

Utfallen från de nationella kvalitetsregistren, Öppna jämförelser och andra nationella initiativ är också uppföljningar som kan sägas följa upp vilka prioriteringar som görs i regionen och i andra landsting/regioner i Sverige. Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet har ett nationellt uppdrag att följa upp hur prioriteringsprocesserna ser ut i Sverige.

Vilket stöd (centralt eller lokalt) finns i regionen för dem som ska göra prioriteringarna?

Som nämns ovan finns det ett etiskt råd kopplat till HSN sedan år 2007. År 2014 inrättades ett prioriteringsråd som stöd till koncernledningen. Vid avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning finns enheter för kvalitetsutveckling, läkemedelsstyrning, kunskapsstyrning och metodutveckling samt uppdragsstyrning. Avdelningen och dess enheter ska bistå den politiska organisationen med att utveckla och följa upp den skånska hälso- och sjukvården med utgångspunkt från det samlade behovet av vård.

Inom förvaltningarna är prioriteringar ett ansvar i linjeorganisationen och ett ansvar för respektive förvaltning. Som nämns ovan är det endast SUS som har en separat övergripande organisation för ordnat införande och etiska ombud.

Nedan sammanfattas några av granskningens slutsatser och rekommendationer:

- Prioriteringsrådet är ett rådgivande organ till koncernledningen i Region Skåne. Vår uppfattning är att rådet ska vara tydligare kopplat till Region Skånes politiska organisation.
- Vid SUS finns en organisation för ordnat införande av nya metoder. Motsvarande organisation bör införas vid de övriga hälso- och sjukvårdsförvaltningarna.
- Vid SUS finns en organisation för det förvaltningsövergripande etiska arbetet och etiska ombud i verksamheterna. Liknande organisationer bör etableras i övriga förvaltningar.
- Det saknas en regional tillämpning för hur etiska bedömningar ska ske i samband med prioriteringar utifrån förändringen i HSL år 2010. Det regionala etiska rådet har inte som uppdrag att ta fram riktlinjer för hur lagförändringen inom HSL ska implementeras i regionens verksamheter. Vi anser att det bör finnas en regional tillämpning för hur lagförändringen ska implementeras.

- Socialstyrelsen har inte tagit fram några allmänna råd eller tillämpningsföreskrifter om etisk bedömning i samband med prioritering. Vi anser att Region Skåne bör efterfråga sådana föreskrifter inom området.
- Region Skåne har haft en stark tradition av medborgardialog i olika former. Vi anser att en framgångsfaktor i prioriteringsarbetet är att det finns väletablerade former för medborgar- och patientinflytande i prioriteringsprocessen. En öppen prioriteringsprocess får bättre acceptans än en sluten process. Därför anser vi att Region Skåne bör utveckla metoder för att i större utsträckning involvera patienter och medborgare i prioriteringsarbetet.
- Driftledningsnämnderna bör vara mer involverade i prioriteringsarbetet och aktivt fatta beslut om budget och verksamhetsplan. Detta för att möjliggöra en mer effektiv uppföljning och kontroll av hur resurserna används.
- Den etiska plattformen ligger till grund för de nationella riktlinjerna vilka utgör ett stöd vid prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Riktlinjerna ger vägledning om vilka behandlingar och metoder som olika verksamheter i vården bör satsa resurser på. Granskningen visar dock inte att Region Skåne systematiskt har integrerat detta arbete i den årliga budgetprocessen.
- Före införande av Hälsoval Skåne gjordes i högre utsträckning, enligt vår bedömning, prioriteringsbesluten av vårdpersonalen efter de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov. Vår bedömning är att resursprioriteringarna idag sker inom primärvården i större utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan.

2. Bakgrund

KPMG har på uppdrag av Region Skånes förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av hur Region Skåne arbetar med etik och prioriteringar och därmed bedömt hur olika ersättningssystem inverkar på styrningen i enlighet med de etiska principerna.

3. Syfte och revisionsfrågor

Granskningen ska inriktas på vilka regler och riktlinjer, även outtalade, som finns på området och hur dessa tillämpas i det praktiska arbetet. Granskningen ska också visa hur regelverket för etik och prioriteringar har implementerats i olika ersättningssystem. Granskningen ska, förutom det regionövergripande perspektivet, omfatta samtliga sjukvårdsförvaltningar. Granskningens övergripande syfte är att ge revisorerna ett underlag för att bedöma hur Region Skåne arbetar med frågor som rör etik och prioriteringar. Förutom vad som anges ovan vill revisorerna även ha nedanstående frågeställningar belysta på förvaltningsnivå och koncernnivå.

1. Vilka regler och riktlinjer gäller för sjukvården i Skåne när det gäller etiska bedömningar i samband med prioriteringar?
2. Är reglerna tillräckligt tydliga för att utgöra underlag för arbetet i sjukvården?
3. Hur tillses att berörd personal får information och har kännedom om regelverket?

4. Hur arbetar man på region- och förvaltningsnivå med prioriteringar, dvs. vilken struktur har byggts upp för detta?
5. Hur görs uppföljning av att reglerna följs och vilka förutsättningar finns för att följa upp prioriteringsarbetet?
6. Vilket stöd (centralt eller lokalt) finns i Regionen för dem som ska göra prioriteringarna?

4. Ansvarig nämnd

Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden och driftledningsnämnderna för Sund, Kryh och SUS.

5. Metod och projektorganisation

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av för uppdraget relevant dokumentation samt genom intervjuer med berörda personer, både tjänstemän och politiker. Rapporten är sakgranskad av förvaltningscheferna för Kryh och SUS och tf. stabschef Sund samt enhetscheferna vid Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling, Enheten för uppdragsstyrning, Enheten för Uppföljning och Analys (koncernstab Ekonomi).

Granskningen har genomförts av Örjan Garpenholt och Kristian Damlin. Projektledare från revisionskontoret har varit Eva Tency Nilsson. Representant från revisionskollegiet har varit Lars-Olof Olsson.

6. Utgångspunkter

6.1 Prioriteringar

Prioriteringar kan inte urskiljas som ett separat arbete utan är en del av politiskt beslutsfattande och det vardagliga hälso- och sjukvårdsarbetet. Prioriteringar har alltid gjorts inom hälso- och sjukvård, i alla tider och i alla samhällen. I varje beslut som fattas om att finansiera en behandling, verksamhet eller liknande fattas också indirekt ett beslut om att något annat får stå tillbaka⁴.

Grunden till varför hälso- och sjukvården behöver prioritera är att vi genom demokratiska val bestämt att dela på resurser och ha en gemensam finansiering av hälsoproblem. Människors krav, önskemål och förhoppningar på vårdens förmåga att förbättra livskvalitet är mycket större än de resurser som kan användas till vård.

Under senare år har begreppet prioriteringar inte diskuterats i den allmänna sjukvårdsdebatten på samma sätt som under slutet av 1990-talet och början 2000-talet. Även om begreppet prioriteringar inte använts lika frekvent som tidigare så har prioriteringsdiskussionen fortsatt men ofta utifrån andra begrepp. På senare tid har alltmer begreppen evidensbaserad- och kunskapsinriktad vård och

⁴ Se t.ex. Prioriteringar i hälso- och sjukvården, Region Skånes etiska råd 2013.

just nu värdebaserad vård varit de begrepp som diskuterats. Dessa begrepp har dock en nära, men inte alltid, uttalad koppling till prioriteringar.

Det har i Region Skåne inte förekommit något regionövergripande prioriteringsarbete med benämning prioriteringsarbete. Under åren 2004 till 2007 pågick däremot ett arbete med vertikal rangordning inom medicinska specialiteter i Södra sjukvårdsregionen där Region Skåne ingår. Många av regionens medicinska chefer medverkade i det projektet. Bakgrunden var medvetenheten om att huvudmännen i södra regionen borde samordna prioriteringar i ett läge där patienterna kan röra sig mellan vårdgivare i olika landsting.

Den rapport som KPMG genomförde på uppdrag av Region Skånes revisorer avseende specialläkemedel⁵ visade på nödvändigheten och behovet av regionövergripande riktlinjer för prioriteringar.

6.2 Etik

Etik är nära kopplat till prioriteringar och en förutsättning för prioriteringar. Insikten om att man måste välja leder till ett behov av att kunna försvara sina värderingar inför sitt eget förnuft och inför andra. Etiken föddes när människor medvetet började ta ställning i frågor om hur man bör handla. Då uppstod ett behov av att motivera den egna inställningen och argumentera för den inför andra.

Etik härstammar från två grekiska ord som är släkt med varandra; éthos betyder vana, sedvänja, oskriven lag (socialetik) och êthos betyder ståndpunkt, inställning, sinnelag (individetik). Etik står för den systematiska reflektionen över mänskliga värderingar och handlingar samt motiven för dessa. Den etiska reflektionen utmärker sig genom att man försöker ge skäl till varför man handlar som man gör eller varför man valt de värden man valt. Sådana reflektioner aktualiseras t.ex. när man har att ta ställning till konflikter mellan olika värden och intressen⁶.

Några grundläggande begrepp i den medicinska etiken är⁷:

- **Människovärdet** innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter som ska respekteras och i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan. Det är nämligen med avseende på människovärdet som alla människor är lika. Människovärdet är inte bundet till personliga egenskaper utan är knutet till varje enskild människa oberoende av prestation.
- **Autonomi eller rätten till självbestämmande** innebär att man själv ska få bestämma över sitt eget liv och sina egna handlingar under förutsättning att det inte kränker andras självbestämmanderätt.
- **Integritet** är knutet till värde och värdighet och avser varje människas oförytterliga egenvärde som person. Man kan dela upp begreppet i fysisk och psykisk integritet. När det gäller fysisk integritet är kroppen den helhet som avses. Ingen har rätt att undersöka någon annans kropp utan den andres samtycke. När det gäller psykisk integritet avses det samlade

⁵ Rapport 2012:8

⁶ Beskrivningen av etik är hämtat från. Etiska vägmarken. Statens medicinska vägmarken (SMER), 2008.

⁷ Ibid.

komplexet av individens värderingar, föreställningar, åsikter och önsknings, liksom individens trosföreställningar och mentala liv. Denna får inte bli föremål för intrång eller manipulation. Individens åsikter och värderingar får inte kränkas.

- Kravet att en medicinsk åtgärd ska föregås av ett **informerat samtycke** tillmäts stor betydelse i medicinsk etik. För att kunna utöva självbestämmande måste individen vara väl informerad.

Etiska principer för prioritering finns formulerade i det av riksdagen antagna regeringsförslaget Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1997/98:60), i betänkandet Döden angår oss alla (SOU 2001:6) och i regeringens skrivelse Vård i livets slutskede (Skr. 2004/05:166). Dessa principer bör ligga till grund för överväganden inom hälso- och sjukvården och fungera som etisk plattform för medicinskt handlande och medicinska beslut. Dessa tre principer är rangordnade.

- Människovärdesprincipen är den viktigaste principen för hälso- och sjukvården. Grunden för principen är de mänskliga rättigheterna. Alla människor är födda fria, lika i värde och rättigheter. Staten, kommuner och landsting ansvarar för att alla individer behandlas lika och utan diskriminerande åtskillnad.
- Behovs- och solidaritetsprincipen innebär att resurserna ska satsas på de verksamheter och individer där behovet är störst. Solidaritet innebär inte bara att alla ska få lika möjligheter till vård utan också en strävan efter att utfallet av vården ska bli så lika som möjligt för alla, det vill säga att alla ska nå bästa möjliga hälsa och livskvalitet. Solidaritet innebär att särskilt beakta behoven hos de svagaste.
- Kostnadseffektivitetsprincipen innebär att hälso- och sjukvården bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder i form av insatta resurser av olika slag, och effekt. Detta kan man sedan mäta i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Principen ska vara underordnad människovärdes- och behovs- och solidaritetsprinciperna.

Våren 2010 beslutade riksdagen att införa bestämmelsen 2 h § om etisk bedömning i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Bestämmelsen trädde i kraft den 1 juli 2010 och anger att vårdgivaren ska göra en etisk bedömning innan nya diagnos- eller behandlingsmetoder som kan ha betydelse för människovärde och integritet börjar tillämpas i hälso- och sjukvården. Bedömningen ska göras utifrån både individ- och samhällsetiska aspekter.

Socialutskottet följde under år 2012 upp riksdagens beslut. Syftet var att undersöka hur bestämmelsen hade genomförts av vårdgivarna.

Uppföljningen visade att vårdgivarna inte hade genomfört etiska bedömningar enligt lagens intentioner. Ett fåtal av landstingen beskrev att en etisk analys som regel genomfördes vid prövning av nya metoder. Det fanns på många håll en bred okunskap om bestämmelsens införande och

innebörd. Landstingen hade därtill skilda och oklara uppfattningar om hur kravet på etisk bedömning ska uttolkas och tillämpas⁸.

7. Iakttagelser

Eftersom prioriteringar och etisk bedömning berör samtliga delar av regionens verksamhet där beslut fattas kommer vi i nedanstående delar först att kortfattat beskriva nationella initiativ som på olika sätt påverkar regionens hälso- och sjukvård. Därefter beskrivs Region Skånes organisation (såväl politisk som verksamhet) som fattar beslut inom hälso- och sjukvård, med andra ord där prioriteringar genomförs. Vidare beskrivs de stödjande organ som ska stödja politik och verksamhet att genomföra prioriteringar.

7.1 Nationella prioriteringar

7.1.1 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer som ett stöd för beslutsfattare och yrkesverksamma inom vården så att de kan fördela resurserna efter befolkningens behov och så att de gör största möjliga nytta.

Riktlinjerna ska tas fram utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet och visa på nyttan och riskerna med olika åtgärder. Riktlinjerna ska ge rekommendationer om vilka insatser som bör ges vid ett visst tillstånd och vilka som inte bör användas. Riktlinjer utgår från övergripande frågeställningar om

- Hur allvarligt är tillståndet?
- Kostnadseffektivitet
- Åtgärdens effekt
- Etiska överväganden.

De nationella riktlinjerna är inte bindande utan förutsätter en lokal process om att fördela resurser, ta fram vårdprogram samt utvecklingsarbete. Socialstyrelsen har hittills tagit fram 13 nationella riktlinjer. För närvarande (juli 2015) pågår det uppdatering av fem av dessa riktlinjer⁹.

⁸ Etisk bedömning av nya metoder i vården – en uppföljning av landstingens och statens insatser. Socialutskottet, 2013.

⁹ För mer information om nationella riktlinjer se <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer/>

7.1.2 SBU

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), har i uppdrag att utvärdera metoder som används i vården, både etablerade och nya. Utifrån aktuell och välgjord forskning ska SBU ta reda på vilken medicinsk effekt olika metoder har, om det finns några risker med dem och om åtgärderna ger mesta möjliga nytta för pengarna.

SBU:s utvärderingar ska användas som stöd av alla som på olika nivåer i samhället bestämmer hur hälso- och sjukvården ska se ut.

Som ett komplement till de mer omfattande utvärderingarna finns även SBU-Alert. SBU-Alert bedrivs av SBU i samverkan med Läkemiddelsverket, Socialstyrelsen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). En Alert-rapport är en systematisk litteraturöversikt som utvärderar det vetenskapliga underlaget för enskilda nya eller etablerade metoder inom svensk hälso- och sjukvård.

Det finns även fem regionala HTA-enheter¹⁰ i Sverige inklusive Enheten för HTA, Region Skåne.

- Centrum för evidensbaserad medicin och utvärdering av medicinsk metodik i Region Örebro län
- HTA-centrum Västra Götalandsregionen
- Stockholms läns landstings metodråd
- Regionala metodrådet, sydöstra sjukvårdsregionen
- Enheten för HTA, Region Skåne

Det bildades ett nätverk för HTA år 2007 som består av representanter för regionala och lokala enheter för medicinsk utvärdering, SBU och Socialstyrelsen. Syftet med nätverket är att samverka för att undvika dubbelarbete, sträva efter en gemensam metod vid utvärderingarna samt verka för utveckling av metodiken.

7.1.3 Nationella vårdprogram

Flertalet av de nationella specialistföreningarna inom det medicinska området tar fram nationella vårdprogram. Ibland är dessa framtagna med stöd från Socialstyrelsen och SKL och ibland utformade inom specialistföreningarna. Det finns också regionala vårdprogram som tagits fram antingen inom de olika sjukvårdsregionerna¹¹ och eller av de enskilda landstingen. Ofta är vårdprogrammen framtagna utifrån de nationella kvalitetsregistren.

¹⁰ HTA = Health Technology Assessment (utvärdering av medicinska teknologier och metoder inom hälso- och sjukvården)

¹¹ Ett viktigt exempel är de regionala cancerriktlinjerna som tas fram inom organisationen för Regionala Cancercentrum (RCC).

7.1.4 Riktade statsbidrag och överenskommelser

De överenskommelser inom vård och omsorg som tecknas mellan SKL och regeringen är prioriteringar som på olika sätt påverkar utformningen av vård och omsorg i kommuner och landsting¹². Överenskommelserna har olika upplägg men löper oftast över flera år men omförhandlas årligen. I nedanstående punkter presenteras de överenskommelser och satsningar som beslutats för år 2015. Samtliga överenskommelser innehåller ekonomiska medel från staten och villkor för att ta del av dessa.

- Cancervård, kortare väntetider 2015-2018
- Kunskapsstöd och uppföljning inom hälso- och sjukvården 2015
- Nationella Kvalitetsregister 2012-2016
- Psykisk ohälsa 2015
- Rehabiliteringsgarantin 2015
- Sjukskrivningsprocess, kvalitetssäker och effektiv (sjukskrivningsmiljarden) 2015
- Tillgänglighet och samordning för en mer patientcentrerad vård 2015

7.1.5 Patientlagstiftningen

Från och med den 1 januari 2015 har en ny patientlag (SFS 2014:821) införts. Syftet med lagen är, enligt propositionen (2013/14:106), att stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. För patienterna innebär lagstiftningen bl.a. att hälso- och sjukvårdens informationsplikt utvidgas och förtydligas, att patientens möjlighet att få en ny medicinsk bedömning utvidgas och att patienter ges möjlighet att välja utövare av offentligt finansierad primärvård och öppen specialiserad vård i hela landet. I lagstiftningen har också samlats motsvarigheter till tidigare bestämmelser om vårdgaranti, fast vårdkontakt mm.

7.1.6 Öppna jämförelser

Sedan år 2007 redovisas årligen indikatorbaserade jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet i rapporten Öppna jämförelser hälso- och sjukvård¹³. Rapporterna innehåller jämförelser mellan landsting av medicinska resultat, patienterfarenheter, tillgänglighet och kostnader. Öppna jämförelser baseras på nationellt tillgänglig statistik om hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen och SKL är gemensamt ansvariga för arbetet.

¹² För mer informationen se <http://skl.se/halsasjukvard/overenskommelsermellansklochregeringen>

¹³ Mer information om Öppna jämförelser finns på www.skl.se där rapporten kan laddas ner.

Ett av syftena med Öppna jämförelser är att göra den gemensamt finansierade hälso- och sjukvården öppen för insyn. Övriga syften är att ge underlag för den offentliga och politiska debatten om hälso- och sjukvården och bidra till hälso- och sjukvårdens ledning och styrning. Det finns även tre andra rapporter med öppna jämförelser som har beröring med hälso- och sjukvård. De tre övriga är Öppna jämförelser av: cancersjukvård, läkemedelsbehandlingar och folkhälsa.

7.1.7 **Vårdvalsreformen**

Riksrevisionen¹⁴ konstaterade i sin granskning att än så länge verkar inget landsting ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot hälso- och sjukvårdslagens etiska principer. Före vårdvalet gjordes prioriteringsbesluten, förvisso utifrån begränsade budgetramar, i högre utsträckning av vårdpersonalen efter de etiska riktlinjerna och patienternas individuella behov. Idag sker resursprioriteringarna inom primärvården i högre utsträckning i enlighet med patienternas efterfrågan. Det var den fria etableringsrätten som nödvändiggjorde ett system med lika villkor och ersättningar som gällde lika för alla aktörer. Vårdvalsreformen har inneburit att makten i det här avseendet har förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna. De förra ska formulera vårdgivarnas villkor. Därefter är det medborgarnas efterfrågan som avgör vad resultatet blir. Samtidigt ska vården styras enligt hälso- och sjukvårdslagen. Att skapa ersättningssystem som utgår från hälso- och sjukvårdslagens etiska principer har visat sig vara svårt.

7.1.8 **Kommentarer och bedömning**

Ovanstående exempel på nationella initiativ visar att landstingen, i detta fall Region Skåne inte helt självständigt kan genomföra prioriteringar utan har att förhålla sig till nationell lagstiftning och andra nationella initiativ och satsningar. Detta får konsekvenser för de prioriteringar som respektive sjukvårdshuvudman har att göra.

7.2 **Politiska styrningen av hälso- och sjukvården**

7.2.1 **Regionstyrelsen**

Enligt reglementen har styrelsen, i enlighet med kommunallagen, uppsiktsplikt över övriga nämnders verksamhet. Styrelsen ska därför noggrant följa utvecklingen inom Region Skånes egen hälso- och sjukvård. Styrelsen fattar också beslut om vilken vård som ska upphandlas. Styrelsen har ett särskilt ansvar att göra fullmäktige uppmärksamt på hur verksamheten utvecklas i förhållande till de mål som fullmäktige har beslutat.

7.2.2 **Hälso- och sjukvårdsnämnden**

Nämnden har ett samlat ansvar för ledningen av hälso- och sjukvården i Region Skåne. Det innebär att nämnden ansvarar för bedömningen av det samlade behovet av hälso- och sjukvård i Skåne. Hälso- och sjukvårdsnämnden lämnar förslag till regionfullmäktige till samlad hälso- och sjukvårdsbudget med fördelning till driftledningsnämnderna. Nämnden har direktiv- och

¹⁴ Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? Riksrevisionen 2014:22.

initiativrätt i förhållande till driftsledningsnämnderna för all hälso- och sjukvård. Inför år 2016 är tanken att regionbidraget för respektive driftsledningsnämnd fördelas direkt från fullmäktige och att HSN erhåller budgeten för privatfinansierad vård samt gemensamma utgiftsposter. HSN kommer att föreslå regionfullmäktige fördelningen till respektive nämnd och kan således välja att föreslå att behålla resurser i HSN för specifika satsningar/prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Nämnden föreslår regionstyrelsen vilken vård som ska handlas upp enligt LOU samt finansierar sådan vård. Nämnden beslutar om ackrediteringsvillkor samt om ersättningar kopplade vårdvalssystemen inom Region Skåne. Nämnden ingår avtal respektive vårdöverenskommelser med vårdgivare inom ramen för olika vårdvalssystem.

Nämnden ska följa utvecklingen inom förvaltningarna (Kryh, Sund och SUS) och svarar för en sammanvägd analys av ekonomi och verksamhet som berör all hälso- och sjukvård i egen regi. Nämnden ska också följa utvecklingen inom den privata vård som Region Skåne finansierar.

Nämnden har ett beredningsansvar för övergripande vårdpolitiska frågor inom området hälso- och sjukvård som ska beslutas av fullmäktige.

7.2.3 Sjukvårdsnämnderna (SUS/Sund/Kryh)

Nämnderna är driftsledningsnämnd för respektive förvaltning (Kryh, exklusive habilitering och hjälpmedel) och underställd hälso- och sjukvårdsnämnden. Nämnderna ska utifrån sina förvaltningsuppdrag fastställa en internbudget. Nämnderna har ett övergripande ansvar för att förvaltningens resurser används på ett rationellt och effektivt sätt utifrån politiska beslut om utbud, tillgänglighet och kvalitet. Nämnderna får därvid besluta om förändringar av utbudet vid olika sjukhus inom förvaltningen under förutsättning att förvaltningsuppdraget uppfylls.

Nämnderna ska lämna synpunkter före beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden som gäller strukturella förändringar över förvaltningsgränserna.

7.2.4 Habiliterings- och hjälpmedelsnämnden

Nämnden ska ansvara för Region Skånes habiliterings- och hjälpmedelsverksamhet. Nämnden ska också utöva ledning av Region Skånes verksamhet enligt 22 § lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, samt fatta regionens myndighetsbeslut om insatser enligt denna lag.

7.2.5 Budgetprocessen och verksamhetsstyrning

Budgeten med tillhörande verksamhetsplan är ett regionövergripande styrande dokument som fastställs av regionfullmäktige varje år. Det är Region Skånes främsta styrdokument för alla verksamheter. Budgeten med verksamhetsplan ska ses som ett medel för att uppfylla det demokratiska uppdraget.

I budgeten med verksamhetsplan anges inriktning för utvecklingen under den kommande planperioden. Budget och flerårsplan ska ligga till grund för Region Skånes strategiska och konkreta arbete och ska ytterst leda till att skattemedel används på ett effektivt sätt. Budgeten ska bidra till en effektiv styrning med budgetdisciplin och en budget i balans. En förutsättning för detta är tydliga mål.

Det uttrycks att budgetprocessen i Region Skåne ska kännetecknas av hög delaktighet och bra beslutsunderlag. Det ska finnas samstämmighet mellan Region Skånes centrala budget, de uppdrag som ges till förvaltningarna, ackrediteringsvillkoren för vårdvalen och det lokala budgetarbetet.

Budgetarbetet startar med en analys om omvärld, behov, ekonomi och verksamhet. Årsredovisning, nuläge och trendanalyser är viktiga underlag i planeringen. Med utgångspunkt i analyser definieras en strategikarta och planeringsförutsättningar.

Regionstyrelsen beslutar om en planeringsförutsättning som riktar sig till Region Skånes nämnder och bolag. Den innehåller en strategikarta med mål och måltal för regionens verksamheter samt specifika uppdrag, som nämnder och bolag har att besvara genom ett yttrande över planeringsförutsättningarna. Inför budget och verksamhetsplan år 2015-2017 innehöll planeringsförutsättningarna inga ekonomiska förutsättningar och förslag till regionbidrag.

7.2.6 Nämnder och förvaltningar

Efter regionfullmäktiges beslut av budget med verksamhetsplan beslutar nämnderna om ett uppdrag till den förvaltning nämnden ansvarar för. Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om ett samlat uppdrag till hälso- och sjukvården, inklusive den privata vård som finansieras av Region Skåne. Utifrån hälso- och sjukvårdens samlade uppdrag tas sedan ett förvaltningsuppdrag till sjukvårdsförvaltningarna. Driftledningsnämnderna beslutar därefter om förvaltningsuppdraget, vilket alltså inte beslutas om i HSN.

Parallellt med att nämnderna arbetar fram uppdrag till verksamheten, ska förvaltningarna på grundval av regionstyrelsens planeringsförutsättning och nämndernas budgetyttranden i nära dialog med koncernledningen arbeta fram förslag till förvaltningsbudgetar. Förvaltningarna ska omsätta uppdrag och budget i verksamhetsplaner samt bryta ned uppdrag och budget i verksamhetens olika delar. HSN har i internbudgeten för år 2015 fattat beslut om nya satsningar om totalt 427 mkr¹⁵.

Nya satsningar 2015	427
Regional cancerstrategi	55
Utveckling av vård i hemmiljö, fler allmän ST-block	54
Satsningar psykiatri (Självskadecenter, Missbruk, Psykisk ohälsa)	35
Folkhälsosatsning, inkl. lättare psykisk ohälsa	15
Utveckling av akutsjukvård, Kvinno-/förlossningsvård (delårseffekt)	45
Utbildning AT-/ST-läkare & PTP-psykolog	23
Lönesatsning sjuksköterskor (arbete 2 av 5 helger)	115
LOV volymökning, bukväggsplastik efter obesitasoperation	50
Implementering vårdprogram	35

¹⁵ Delar av detta har i ett senare beslut reviderats – vissa satsningar har reducerats med anledning av den negativa prognosen för år 2015.

7.2.7 Strategikartan

Region Skånes strategikarta beskriver vision, verksamhetsidé, kännetecken, mål och måltal. Den anger inriktningen oavsett var man befinner sig i organisationen. Region Skånes strategikarta skapar ramverket för prioriteringar och utgör en röd tråd genom hela budget- och uppföljningsprocessen. Målen ska vara så konkreta att de kan brytas ned i mätbara mål för verksamheten. Med mål avses vad som sätts i särskilt fokus under budgetåret och planperioden för att regionens vision ska uppnås. Med måltal avses ambitionsnivån för det som mäts och följs upp.

7.2.8 Balanserad styrning

Strategikartan är indelad i fyra olika perspektiv. De olika perspektiven skapar en helhet med en styrning som är tydlig, ger ökad delaktighet och helhetssyn, samt som sträcker sig från politik till praktik. Varje perspektiv bryts ned i mål och måltal. Inom ramen för de olika perspektiven beskrivs vad som ska göras för att uppnå målen.

Medborgarperspektivet speglar de förväntningar och behov som medborgare och samarbetspartners har på regionen och ger kunskap om vad som är avgörande för att uppfylla det demokratiska uppdraget.

Verksamhetsperspektivet beskriver hur resurserna ska användas i verksamheten för att nå målen och möta medborgarnas och andra intressenters förväntningar som lyfts fram i medborgarperspektivet.

Medarbetarperspektivet beskriver hur Region Skåne tar tillvara och utvecklar medarbetarnas kompetens, engagemang och ansvarskänsla som ett led i att uppnå mål och vision.

Ekonomiperspektivet beskriver hur Region Skåne ska hushålla med tillgängliga resurser.

7.2.9 Kommentarer och bedömning

Internbudget för år 2015 för respektive driftledningsnämnd är beslutad på en övergripande nivå, där respektive nämnd inte har gjort någon prioritering av hur mycket resurser som ska gå till respektive division/verksamhetsområde. Det framkommer inte heller huruvida nämnden har gjort några särskilda ekonomiska satsningar på specifika patientgrupper. Detta innebär att de politiska satsningarna inte blir tillräckligt tydliga och det blir tjänstemannaorganisationens ansvar att göra de slutliga och avgörande prioriteringarna. Det försvårar även möjligheten att kunna ställa politiken till svars för sina beslut. Vår rekommendation är att nämnderna i högre utsträckning bör fatta beslut om internbudgeten för respektive nämnd/förvaltning.

I vår granskning har vi också noterat att driftledningsnämnderna inför år 2015 inte i någon högre utsträckning har varit delaktiga i den årliga budgetprocessen. Vår rekommendation är att driftledningsnämnderna involveras i högre utsträckning än inför 2015. Vidare anser vi att prioriteringsrådet behöver få en mer avgörande roll i den årliga budget- och planeringsprocessen i enlighet med de förslag som presenterats samt att prioriteringsrådet får en starkare knytning till den politiska organisationen.

Styrning och formulering av uppdrag är per definition prioritering. När regionen avsätter 427 miljoner kronor till nya satsningar så innebär detta att andra behov får träda tillbaka. Processen för hur regionen kommit fram till just dessa behov anser vi borde vara mer tydlig för att ge en ökad transparens till medborgarna. De värderingar och ställningstaganden som ligger bakom dessa satsningar/prioriteringar är inte beskrivna. Ur ett medborgarperspektiv bör detta tydliggöras. Enligt riksdagens beslut år 1997 ska prioriteringarna göras öppet, vilket alltså inte kan sägas ske idag.

7.3 Ekonomistyrning och ersättningsystem

7.3.1 Ersättningsmodeller för vårdval

Region Skåne har infört fem vårdval inom primärvård. De innefattar vårdcentraler, barnvårdscentraler, barnmorskemottagning samt kognitiv beteendeterapi/interpersonell psykoterapi och multimodal smärtbehandling inom rehabiliteringsgarantin. Region Skåne har även infört valfrihetssystem inom specialiserad vård. Sedan tidigare fanns vårdval inom behandling av grå starr samt utprovning av hörselhjälpmedel och under år 2014 har fyra nya vårdval inom specialiserad vård införts i Region Skåne. Områdena som omfattas är: ögon (exklusive grå starr), hud, psykoterapi och läkemedelsassisterad rehabilitering vid opiatberoende (beroendevård). Dessutom har de befintliga vårdvalen inom primärvården utökats med tilläggsuppdrag inom hjärtsvikt och gynekologi. Vidare har särskild mottagning för unga vuxna och äldremottagning införts. Vårdvalens styr- och ersättningsmodell ska stödja utvecklingen för att erbjuda rätt vård på rätt vårdnivå inom rimlig tid. Ersättningsmodeller för vårdval ska också leda till önskvärt beteende hos vårdgivarna, exempelvis när det gäller att arbeta i enlighet med nya riktlinjer och mot önskvärda mål.

Det finns två typer av ersättningsmodeller inom vårdvalen. Den ena är en kapitationsersättning. Den innebär att patientens val av vårdgivare styr vad respektive vårdgivare får i fast årlig ersättning. Ersättningens storlek bestäms utifrån hur många patienter som listat sig hos vårdgivaren, oavsett hur många besök som görs. Om individen byter enhet (väljer en annan vårdgivare) tar denne ersättningen med sig till den nya vårdgivaren. Den andra typen är rörliga ersättningar som i princip är ersättningar för specifika åtgärder i samband med ett besök hos en vårdgivare.

Vårdval för allmän barn- och ungdomstandvård infördes år 2013 och under år 2014 infördes vårdval för specialiserad barn- och ungdomstandvård.

7.3.2 Förvaltningsintern ersättningsmodell

Ersättningsmodellen för somatik och psykiatri inom Region Skåne utgår från uppdraget som är kärnan för styrning. Det finns en gemensam struktur för uppdragsbeskrivningen och kopplat till detta ersättningar med enhetlig konstruktion. År 2012 beslutades om en förändrad ersättningsmodell för somatik och psykiatri. Den sjukhusinterna ersättningsmodellen förändrades för att närma sig möjligheten att styra på effektivitet och mot resultat. Förändringen går ut på att den framräknade prestationsrelaterade finansieringen utbetalas periodiserat i förskott utan att någon fakturering mot hälso- och sjukvårdsnämnden sker av den utförda produktionen. Denna förändring ska innebära en stimulans för förvaltningarna att optimera sina vårdprocesser. Modellen ligger fast för 2015. Region Skåne utreder utveckling av ersättningsmodeller inom hälso- och sjukvården med syfte att öka inslaget av värdebaserad ersättning. Det innebär en ersättning som bygger på en

kombination av prestationsersättning och utfalls-/resultatberoende ersättning. Målet är att ha en ersättningsmodell som stödjer arbetet att skapa värde för patienten. Från och med år 2014 flyttades ansvaret för den målrelaterade ersättningen från koncernnivå till förvaltningsnivå.

I 2015 års förvaltningsuppdrag ingår, liksom förvaltningsuppdraget 2014, inga uppdrag knutna till produktionsvolymerna till förvaltningarna. Tidigare uppdrag bildar en finansieringsbas för förvaltningsuppdraget. Modellen med att ansvaret för den målrelaterade ersättningen ligger på förvaltningsnivån kvarstår även år 2015.

7.3.3 Budgetmodell för läkemedel

Nuvarande budgetmodell för läkemedel infördes år 2009. Modellen innebär att läkemedel inom förmånshanteringen delas upp i:

- Basläkemedel (läkemedel som förskrivs främst inom primärvården) med ett befolkningsbaserat kostnadsansvar.
- Klinikläkemedel (läkemedel som förskrivs främst av specialister på sjukvårdsförvaltningar) med ett förskrivarbaserat kostnadsansvar.

Kostnadsansvaret för läkemedel som rekvideras, främst inom sjukvårdsförvaltningarna till ineliggande patienter, ligger fullt ut på rekvirerande förvaltning och finansieras via uppdragsersättning. Kostnadsansvaret för den mindre del läkemedel som berör smittskydd, solidariskt finansierade läkemedel med mera ligger fortfarande på hälso- och sjukvårdsnämnden. I introduktionsskedet av den nya budgetmodellen delades kostnadsansvaret mellan hälso- och sjukvårdsnämnden och hälsovalsenheterna för basläkemedel. Avsikten är att kostnadsansvaret ska utökas för att till slut bli 100 procent på Hälsovalsenheterna. För år 2015 ska kostnadsansvaret för vårdcentralerna ligga kvar på samma nivå som år 2014, det vill säga 75 procent.

Solidariskt finansierade läkemedel definieras nationellt och berör främst genetiska sjukdomstillstånd, men även tillstånd som HIV som inte anses ha en jämn geografisk utbredning. Förskrivningen sker ute på sjukhusförvaltningarna, men budgeten för förskrivna läkemedel finns på hälso- och sjukvårdsnämnden. Budgeten för solidariskt finansierade läkemedel delas mellan berörd sjukvårdsförvaltning (10 procent) och hälso- och sjukvårdsnämnden (90 procent) för att skapa incitament för förskrivare att ta kostnadsansvar även för dessa läkemedel.

Det finns vissa dyra läkemedel som helt eller under en tid inte ingår i läkemedelsförmånen. Detta kan då leda till stora kostnader för patient eller verksamhet. En fastställd process reglerar de krav som ställs för att regional finansiering ska kunna komma i fråga. Budgeten för regionalt finansierade läkemedel delas mellan berörd förvaltning (10 procent) och hälso- och sjukvårdsnämnden (90 procent).

7.3.4 Kommentar och bedömning

HSN tog beslut om internbudget för år 2015 vilket inkluderar fördelning av ersättning till respektive driftledningsnämnd. Däremot togs inget beslut om förvaltningsuppdraget utan endast beslut om det samlade hälso- och sjukvårdsuppdraget. Vidare tar HSN beslut om ackrediteringsvillkor inom

vårdvalen. Vår rekommendation är att det sker en harmonisering så att beslut om ekonomi och uppdrag följer varandra.

Vår bedömning utifrån granskningen är att det inte finns en tillräckligt tydlig struktur och systematik för utvärdering och utveckling av ersättningsmodellerna som tillämpas i Region Skåne. Vår bedömning är att det bl.a. handlar om en resurs- och prioriteringsfråga. I budget och verksamhetsplan för år 2015 framgår att regionen under året ska studera några större patientprocesser i syfte att utveckla värdebaserade ersättningsmodeller. Vår bedömning är att det inte pågår ett tillräckligt aktivt arbete inom detta område.

Inom hälso- och sjukvården har på senare tid begreppet värdebaserad vård fått fäste. Värdebaserad vård är i grunden en fråga om lärande och bygger på mätningar och analyser av vårdens medicinska resultat och på patienternas upplevelse av vården. Vår uppfattning är att det är viktigt att värdebaserad vård inte enbart handlar om mätbara resultat utan även innehåller delar om vilka värden som ska prioriteras utifrån den etiska plattformen. Det finns enligt vårt sätt att se en risk att värden om kostnadseffektivitet kan komma före människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen om inte detta uppmärksammas.

7.4 Regionens etiska arbete

7.4.1 Etiska rådet

År 2007 inrättade hälso- och sjukvårdsnämnden ett övergripande etiskt råd för att stärka den etiska medvetenheten i Region Skåne. Rådet är fristående, yttrar sig i frågor de erhåller via hälso- och sjukvårdsnämnden och är ett rådgivande organ utan beslutsfunktion. Rådets uppgifter är att

- Stimulera till diskussion och debatt i etiska frågor
- Främja kunskapsutveckling inom det etiska området
- Stödja ledning och medarbetare inom hälso- och sjukvården i Region Skåne
- Vara samtalspartner till lokala etiska råd/kommittéer

Rådet består idag av fem personer med olika bakgrund inom akademi samt hälso- och sjukvård som inte är anställda av regionen.

Rådet genomför årligen seminarier med aktuella ämnen inom det etiska området med inbjudan till Region Skånes verksamheter. Seminarierna dokumenteras skriftligen och sprids. Rådet beskriver en god kontakt med regionens ledande politiker och tjänstemän.

Rådet har initierat utbildningar inom etik i samverkan med avdelningen för medicinsk etik vid den medicinska fakulteten, Lunds universitet. År 2014 - 2015 ska alla förvaltningsledningar genomgå en obligatorisk utbildning i etik efter beslut av regiondirektören hösten 2014.

I rådets uppgifter ingår att stödja lokala och förvaltningsvisa etiska råd/kommittéer. Det sker framförallt genom rådets seminarier/utbildningar samt skrifter.

Rådet är ett rådgivande organ till HSN vilket kan belysas genom följande exempel. Regionstyrelsen fattade i februari 2015 beslut om att upphandla omskärelse av pojkar på icke medicinska grunder på två år utan vidare förlängning¹⁶. I samband med detta skickade styrelsen frågan om omskärelse av pojkar på icke medicinska grunder till etiska rådet för möjlighet att se över frågan och återkomma till regionstyrelsen under år 2016. I april år 2015 svarade det etiska rådet bl.a. att rådet var enigt att ur medicinsk synpunkt och utifrån intentionerna i FN:s barnkonvention finns anledning att förorda att omskärelse på icke medicinska grunder senareläggs till en tidpunkt där den enskilde pojken själv kan ta ställning i frågan. I de ”nödfall” då föräldrarna insisterar på att sin veckogamla pojke ska omskäras kan det ske med ”hänsyn till risken med alternativet (Köksbordskirurgi)”¹⁷.

7.5 Etik på förvaltningsnivå

Region Skånes etiska råd har inget direkt samordningsansvar för det etiska arbetet i regionen. Det finns ingen enhetlig regionövergripande struktur för hur etiska råd eller motsvarande grupper ska organiseras i regionens verksamheter. Det finns däremot flera olika former av etiska råd och grupperingar. Arbetet i dessa råd drivs i huvudsak av eldsjälar och entusiaster.

Hösten 2014 beslutade regiondirektören att förvaltningsledningarna och regionens högre chefer skulle genomgå en etikutbildning. Utbildningen har påbörjats och kommer att slutföras under hösten 2015. Utbildningen är obligatorisk men enligt någon av våra respondenter har ”många” undantag gjorts.

I och med den nya förvaltningsorganisationen finns det en oklarhet hur det etiska arbetet ska organiseras. Det är endast Förvaltning SUS som har organiserat en förvaltningsövergripande struktur för det etiska arbetet.

I slutet av år 2012 fattade förvaltningsledningen beslut om att inrätta ett lokalt etiskt råd för att stärka det etiska förhållningssättet i den kliniska verksamheten. Beslutet om organisation och arbetssätt fastställdes i oktober 2013.

Ett övergripande etiskt råd etablerades i januari 2014 med uppdraget att säkerställa kvalitet, kompetens och ett sammanhållet förhållningssätt. I uppdraget ingick att samordna tillsättandet av lokala etksamordnare och att stödja dessa i deras etikarbete. Avsikten var inte att rådet skulle fungera som en expertfunktion eller remissinstans. Etikrådet ska också utgöra en kontakt till etiska grupperingar på regional och nationell nivå.

SUS etikråd består av ordförande och sekreterare från förvaltningsledningen och en ledamot vardera från förvaltningens fem divisioner.

För att skapa en grund för etikarbetet uppmanades divisionscheferna att via verksamhetscheferna utse minst två etksamordnare, varav en läkare. Under våren 2014 utsågs etksamordnarna och i september 2014 hölls en första träff med samtliga etksamordnare. Därefter har etksamordnarna deltagit i ett antal utbildningstillfällen kring etik och etikarbete. Det finns idag 93 etksamordnare

¹⁶ Dnr 1402146

¹⁷ Se det kompletta yttrandet från Etiska rådet till Regionstyrelsen och HSN 10 april 2015.

varav 42 inom primärvården. Antalet etksamordnare inom primärvården kommer troligen att minska och en samordnare ska ansvara för fler primärvårdsenheter.

I uppdragsbeskrivningen för etiksamordnare beskrivs att det är verksamhetschefen som ansvarar för det etiska arbetet och har att skapa förutsättningar för etikarbetet och ansvarar för etksamordnarens arbetsfrihet. Etksamordnarna ska utgöra ett stöd för verksamhetscheferna i arbetet omkring etik och ansvarar för genomförandet av etikarbetet.

I uppdragsbeskrivningen beskrivs även att målet med etikarbetet ”är att de beslut som fattas av medarbetare vid SUS ska underbyggas av goda etiska skäl”. Detta bör gälla på alla nivåer, från förvaltningsledning hela vägen ner till det enskilda mötet mellan patient och vårdpersonal. De arbetsuppgifter som etksamordnarna har är att:

- På uppdrag av verksamhetschef stimulera och hålla ihop det etiska arbetet inom kliniken/ verksamhetsområdet
- Uppmärksamma de etiska frågeställningarna i den kliniska vardagen och tillföra intresse, kunskap och engagemang
- Organisera och leda återkommande etiska fora
- Vara en bärande del av ett sjukhusövergripande etiknätverk
- Ha kännedom om det pågående etikarbetet på SUS
- Delta i relevanta utbildningstillfällen
- Årligen utvärdera och redovisa arbetet för att uppnå mål och syfte med etikarbetet på SUS.

Samtliga verksamheter förutom Thorax och intensivvård har deltagit i divisionsvisa etiska fora. Arbetet med etikfrågor är utformat olika i SUS verksamheter. Några har etablerade etiska råd sedan tidigare och några har i och med den nya organisationen etablerat olika typer av fora.

Vid Kryh har det enligt beslut i ledningsgruppen i maj 2015 inrättats ett förvaltningsövergripande etiskt råd. Vid Sund har inte motsvarande förvaltningsövergripande etiska råd etablerats eller motsvarande etksamordnare utsetts. Det innebär att det inte finns motsvarande etiskt forum inom Sund. Detta har skapat en viss frustration inom t.ex. det arbete som bedrivits tidigare vid Helsingborgs lasarett.

7.6 Kommentarer och bedömning

Region Skånes etiska råd beskrivs av många på nationell nivå som ett lovvärt initiativ av Region Skåne. Vi delar den uppfattningen. Det etiska rådet har enbart externa ledamöter (ej anställda inom Region Skåne). Det etiska rådet i Skåne präglas av en stark integritet, vetenskaplig stringens och utgör enligt vårt sätt att se en viktig del i svensk sjukvårdsetik. Rådet har regelbunden kontakt med regionens ledande tjänstemän och politiker. Vi anser dock att rådet skulle kunna utnyttjas i större grad och tillfrågas oftare. Vi anser också att det är viktigt att det etiska perspektivet framgent är starkt i och med uppbygganden av prioriteringsarbetet med t.ex. det prioriteringsråd som inrättats av koncernledningen.

Vi anser det är positivt och berömvärt att regionens förvaltningsledning och ledande tjänstemän genomgår en etikutbildning. Det vore önskvärt om regionens förtroendevalda genomgår

motsvarande utbildning för att än mer stärka den etiska dimensionen i de förslag, beslut och planering av prioriteringar (satsningar) som utformas av regionens politiker.

Vi anser det är berömvärt att förvaltning SUS påbörjat ett arbete för att stärka det etiska perspektivet. Vår uppfattning är att det är viktigt att förvaltningsledningen stödjer möjligheter för vårdens professioner till etisk reflektion. Att förvaltningsledningen stödjer detta skapar en legitimitet.

Motsvarande initiativ som tagits vid SUS bör enligt vår uppfattning även genomföras vid de övriga sjukvårdsförvaltningarna. Dels för att skapa legitimitet för etisk reflektion i verksamheterna och dels för att legitimera det etiska arbetet som har genomförts och genomförs inom förvaltningarnas verksamheter.

7.7 Regionens prioriteringsarbete

Som nämns ovan har det så vitt vi kan se i Region Skåne inte förekommit något regionövergripande prioriteringsarbete med benämning prioriteringsarbete förrän under senare år förutom det som skedde i södra sjukvårdsregionen åren 2007-2009. Samtidigt har det självklart genomförts prioriteringar genom implementering av nationella riktlinjer, vårdprogram och i den kliniska vardagen. Region Skåne har däremot inte genomfört något större övergripande prioriteringsarbete som skett i Region Östergötland, Västerbottens läns landsting och Landstinget Västmanland samt Västra Götalandsregionen.

7.7.1 Medborgardialog

Region Skåne har haft en tradition i att genomföra medborgardialoger. En stärkt medborgardialog var ett av motiven för den distriktsnämndsorganisation som fanns i början och mitten av 2000-talet. Bland annat genomfördes i nordvästra Skånes sjukvårdsnämnd enkätundersökningar och möten för dialog om bl.a. prioriteringar. Projektets syfte var:

- att följa upp vårderfarenheter och synpunkter på hälso- och sjukvården,
- att långsiktigt bidra till att öka befolkningens kunskaper om resursgapet och skapa mer realistiska förväntningar,
- att integrera medborgarna i diskussionen kring prioriteringar och
- att stärka förtroendet för den demokratiska processen och utveckla det politiska företräderskapet.

Det finns fortfarande en organisation för medborgardialog och det ingår i det politiska uppdraget att företräda medborgarna vilket framgår av reglementet för regionens politiska organ¹⁸. ”Nämnderna ska arbeta med att utveckla medborgarkontakterna genom olika former av medborgardialog. Regionstyrelsens demokratiberedning arbetar på ett övergripande plan med dessa frågor, och ska vara nämnderna behjälpliga”.

¹⁸ 2014-11-27

7.7.2 Prioriteringsrådet

År 2014 beslutade regiondirektören att ett prioriteringsråd skulle inrättas som ett stöd och rådgivande organ till koncernledningen. I augusti år 2014 informerade regiondirektören Regionstyrelsens arbetsutskott att professor Kjell Asplund utsetts till ordförande i rådet. Rådet hade ett konstituerande möte hösten 2014 och påbörjade sitt arbete år 2015. Rådet består av tre externa ledamöter förutom Asplund inom områdena etik, vårdvetenskap och hälsoekonomi och åtta representanter för olika verksamheter i Region Skåne. Det finns även fyra adjungerade tjänstemän från koncernledningen och en sekreterare.

Prioriteringsrådets uppdrag är att ”genom värdering av evidens, etik och hälsoekonomi, presentera förslag för Region Skånes koncernledning rörande införande respektive avveckling av metoder, rutiner, behandlingar och andra insatser inom hälso- och sjukvården”.

Rådet ska arbeta med enskilda ärenden som kommer från koncernledningen och vara en del i ordnat införande av eller utmönstring av metoder samt prioritering av nationella riktlinjer och vårdprogram. Prioriteringsrådet har ingen formell koppling till Region Skånes politiska organisation.

Arbetet i rådet ska följa den nationella modellen för prioriteringar som används i bl.a. Socialstyrelsens riktlinjer¹⁹.

Det har tagits fram en modell för hur prioriteringsrådets rekommendationer ska hanteras. I modellen beskrivs att om förslaget innebär ekonomiska konsekvenser ska det föras till HSN för beslut. Om rekommendationen inte innebär ekonomiska konsekvenser behöver inte rekommendationen tas upp i HSN.

Prioriteringsrådet har hittills tagit fram en rekommendation om metoder för fosterdiagnostik av kromosomförändringar (NIPT). I september 2015 planerar rådet att lämna en rekommendation om trombectomi²⁰ vid strokesjukdom.

7.7.3 Avdelningen för Hälso- och sjukvård

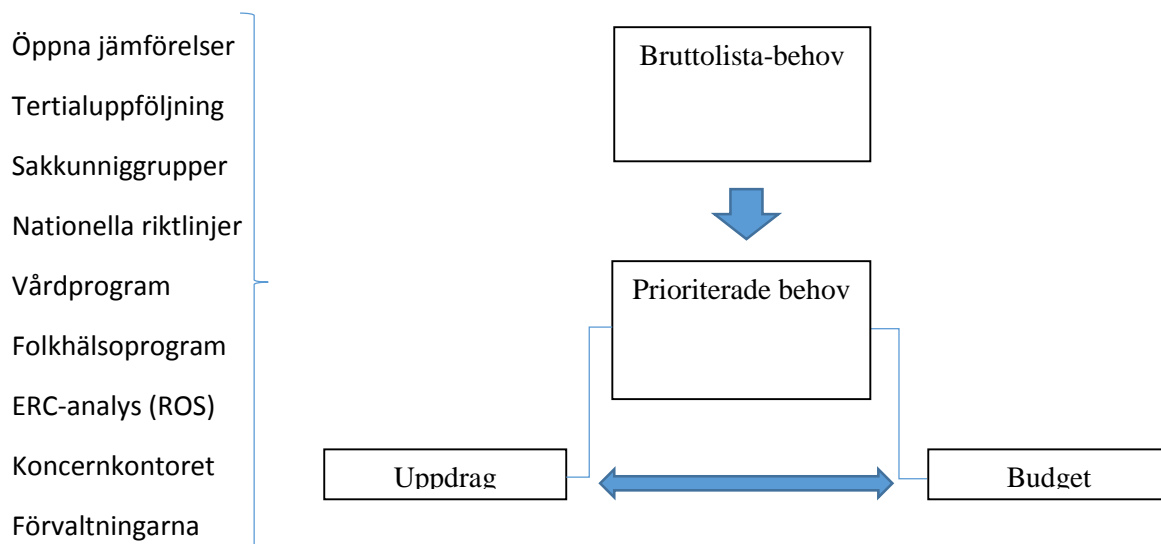
Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning ska bistå politikerna i att utveckla och följa upp den skånska hälso- och sjukvården med utgångspunkt från det samlade behovet av vård. Avdelningen består av ett flertal enheter.

7.7.4 Enheten för kunskapsstyrning och metodutveckling

Enheten ska bistå med råd i medicinska frågor till såväl politisk ledning som tjänstemannaledning. Enheten ansvarar också för utvecklingen av kunskapsstyrning vilket inbegriper expertgrupper och regionövergripande vårdprogram. Enheten leder och samordnar arbetet med framtagandet av regionens behovsanalys i enlighet med bilden nedan.

¹⁹ Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård. Prioriteringscentrum, 2011.

²⁰ Kirurgiskt borttagande av blodpropp



En sammanställning av behoven görs i form av en bruttolista, vilken inför år 2016 i ett skede bestod av fler än 400 rader och som i slutändan kommer att handla om 20-25 prioriteringskategorier. Första gången arbetsmodellen tillämpades var under 2014 inför budgeten 2015.

7.7.5 Enheten för läkemedelsstyrning (Läkemedelsrådet)

Läkemedelsrådet²¹ är ett expertorgan som ska utveckla och samordna läkemedelsfrågor inom Region Skåne. Läkemedelsrådet är underställt Hälso- och sjukvårdsnämnden²². Till Läkemedelsrådets viktigare uppgifter hör att ta fram en skånegemensam baslista med rekommenderade läkemedel (Skånelistan), utgöra det medicinska expertorganet vid upphandling av läkemedel, följa förskrivningsmönster och kostnader samt utbilda och informera. Som expertorgan ska Läkemedelsrådet vara tillgängligt för och arbeta gentemot samtliga aktörer inom den skånska hälso- och sjukvården.

Läkemedelsrådet tillsätter terapigrupper och utser dess deltagare. Terapigrupperna tar fram underlag och lämnar förslag till Skånelistan och till upphandling av läkemedel till den slutna vården. Terapigrupperna arbetar också med information och utbildning samt medverkar i framtagande av regionala riktlinjer och prioriteringsunderlag i läkemedelsfrågor. Det finns sedan år 2010 en terapigrupp för biologiska läkemedel.

Läkemedelsenheten ansvarar för att läkemedelsarbetet bidrar till att Regionens övergripande mål uppnås och att läkemedelsfrågorna hanteras på ett kostnadseffektivt sätt.

²¹ I revisionsrapport Specialläkemedel från 2012 presenteras läkemedelsrådet och läkemedelsenhetens arbete mer utförligt

²² Läkemedelsrådets ansvar regleras i "Reglemente för Läkemedelsrådet Skåne" beslutad av Hälso- och sjukvårdsnämnden (Dnr: HSN/040041, 2007-04-30).

Läkemedelsenheten stödjer Läkemedelsrådet och terapigrupperna i deras arbete samt ansvarar för regionala och nationella uppdrag som t.ex.

- Övergripande ansvar för Skånelistan, regionala riktlinjer, Läkemedelsbulletinen och Läkemedelsmässan
- Framtagande av underlag för beslut om måltal
- Stöd till budgetarbete
- Strategier för införande av nya läkemedel
- Övergripande kontakter med andra aktörer inom läkemedelsområdet

7.7.6 Enheten för HTA

Enheten för HTA²³ är en resurs för sjukhus, primärvård, laboratoriemedicin, psykiatri och tandvård i Region Skåne.

HTA-utvärdering görs av såväl nya som etablerade metoder i vården, ny eller gammal teknik eller organisation och med fokus på patientnyttan. Resultat från en utvärdering sammanfattas i en strukturerad rapport, som följer en nationell modell utformad av SBU, som innehåller perspektiven patientnytta och risker, etik, organisation och ekonomi.

HTA görs i samarbete med frågeställaren och med sakkunniga från de kliniker och andra intressenter som berörs. En HTA-utvärdering genomförs tillsammans med frågeställaren och det förutsätter att verksamheten aktivt deltar i utvärderingen. Det har genomförts 13 HTA-utvärderingar sedan starten år 2013. För närvarande pågår tre utvärderingar bl.a. om det vetenskapliga underlaget för bassängträning vid reumatisk sjukdom.

Huvudparten av de HTA-utvärderingar som genomförs avser metoder och behandlingar inom SUS. HTA-enheten ingår i ett nationellt nätverk av regionala HTA-organisationer. Samverkan handlar om kunskapsutveckling men även att undvika dubbelarbete.

7.7.7 Prioriteringar på lokal nivå (förvaltningsnivå)

Som vi beskrivit flertal gånger i denna rapport är prioriteringar en integrerad del av det vardagliga arbetet inom hälso- och sjukvård. Som vi också påpekat finns det ingen övergripande lokal struktur för prioriteringar. Däremot arbetar vårdenheter med olika former av vårdprogram och rutiner som innebär prioriteringar. Den enda förvaltningsövergripande struktur som vi identifierat för prioriteringar är processen för ordnat införande som finns vid SUS.

Processen för ordnat införande av nya medicinska metoder, teknologier och läkemedel infördes av förvaltningsledningen i april 2013 som ett obligatorium för SUS.

Ordnat införande innebär att all introduktion av nya medicinska metoder och nya läkemedel, eller nya användningsområden för gamla metoder och läkemedel, som på årsbasis medför sjukhusövergripande ökande kostnader på 1 miljon kronor eller mer ska godkännas av

²³ Health Technology Assessment (HTA) – ”Utvärdering av teknologier i vården”

sjukhuschefen innan införande sker. Avsikten är att uppnå en högre grad av evidensbaserad och kostnadseffektiv vård.

SUS styrgrupp för forskning och ordnat införande bereder ärendet utifrån ett specifikt protokoll. Styrgruppen lämnar därefter en rekommendation till förvaltningsledningen och förvaltningschefen beslutar därefter om införande kan tillåtas. Styrgruppen kan även begära in underlag för utmönstring av föråldrade metoder.

7.8 Kommentarer och bedömning

Även om det är beskrivet i nämndernas reglemente är vår bedömning att medborgarperspektivet i prioriteringsarbetet bör stärkas. En förutsättning för att få acceptans för prioriteringar är en välinformerad allmänhet som fått möjlighet att yttra sig. Vi anser att detta bör tydliggöras i regionens styrande dokument och att metoder skapas för att stärka medborgardialog om etik och prioriteringar.

Prioriteringsrådet har ingen formell koppling till Region Skånes politiska organisation. Vi anser det vore värdefullt om det fanns en tydligare koppling mellan den politiska organisationen och Prioriteringsrådet för att öka kunskapen om de prioriteringsdilemman som vården har.

I den modell om hur rekommendationer från Prioriteringsrådet ska hanteras beskrivs att rekommendationer som innebär ekonomiska konsekvenser ska lyftas till HSN. Vi anser att även rekommendationer som har starka etiska konsekvenser ska lyftas till den politiska nivån. Det finns som tidigare påpekats en risk att kostnadseffektivitetsprincipen får företräde före människovärdesprincipen och behovs- och solidaritetsprincipen om endast de ekonomiska konsekvenserna lyfts fram som prioriteringsdilemman för den politiska nivån. En annan risk är risken för överbehandling, t.ex. att trycket från anhöriga om att fortsätta behandla en patient även om det i ett etiskt perspektiv varit bättre med enbart palliativ vård.

HTA-enhetens utvärderingar utförs i huvudsak efter förfrågan inom SUS. Det är därför naturligt att en stor del av utvecklingsarbetet sker inom universitetssjukvården. Vi anser att även de andra förvaltningarna i större utsträckning kan samverka med HTA-enheten.

Den arbetsmetod som finns för ordnat införande vid SUS anser vi bör implementeras även vid de andra sjukvårdsförvaltningarna i regionen.

KPMG AB, dag som ovan

Kristian Damlin
Konsult

Örjan Garpenholt
Projektledare