

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Vårdval avseende hud och hudvård

Ordförandens förslag

Hälso- och sjukvårdsnämnden föreslår regionfullmäktige följande

1. Regionfullmäktige beslutar om införande av valfrihetssystem inom området hud och hudvård.
2. Regionfullmäktige uppdrar åt hälso- och sjukvårdsnämnden att fastställa ackrediteringsvillkor och ersättningsmodell för området hud och hudvård.

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsdirektören har utrett förutsättningar för ett vårdval avseende hud och hudvård. Rapporten redogör för möjligheter och risker i samband med införande av vårdval hud. Dermatologin kännetecknas av ett snabbt växande vårdbehov, en krympande kader av hudläkare och en upplevd brist på tillgänglighet med långa väntetider. Ökad mångfald i vårdutbudet skall leda till ökad tillgänglighet, kortare väntetider, bättre kontinuitet och en patientanpassad kvalitetsutveckling.

I rapportens föreslås möjlighet för delar av sjukhusmottagningar att akkreditera sig medan den högspecialiserade sjukhusvården fortsatt bedrivs under samma driftsform som tidigare. En viktig del av det fortsatta uppdraget blir att definiera vilka delar av hudsjukvården som inte bör överföras till vårdvalsenheterna. Andra delar som måste utredas vidare handlar om ST-utbildning, grundutbildningen och forskningen. Även läkemedelshanteringen fordrar vidare utredning och detsamma gäller gränssnittet mot primärvården. Målet är att via ackrediteringsvillkor och ersättningssystem skapa rätt incitament för att styra mot de fastställda målen.

I ärendet finns följande dokument

1. Beslutsunderlag 2013-05-31
2. Projektrapport Hud och hudvård april 2013

Beskrivning av ärendet och skälen för förslaget

Hälso- och sjukvårdsdirektören har utrett vilka förutsättningar som finns för att genomföra ett vårdval inom specialiserad hud och hudvård. Skäl för en sådan utredning är en vilja att medborgaren i större utsträckning ska kunna välja och därför ska hälsovalet utvecklas och fler vårdval initieras inom Lagen om valfrihet. För att öka kvalitet och produktivitet samt bidra till ökad profilering och specialisering, vilket kan erbjuda fler valmöjligheter för medborgaren, är det nödvändigt att mångfalden ökar.

Utredningen omfattar en analys av hur ett eget vårdval inom hud och hudvård kan påverka medborgarna/patienterna utifrån tillgänglighet och andra kvalitativa aspekter jämfört med nuvarande system.

Utredningen omfattar även en analys av de juridiska, ekonomiska och praktiska aspekterna av hur ett eget vårdval inom hud och hudvård påverkar berörda parter dvs. vårdgivare som ansvarar för hud och hudvård samt för uppdragsgivaren Region Skåne.

Under utredningen har det framkommit att dermatologin kännetecknas av ett snabbt växande vårdbehov, en krympande kader av hudläkare och en upplevd brist på tillgänglighet med långa väntetider. Ökad mångfald i vårdutbudet skall leda till ökad tillgänglighet, kortare väntetider, bättre kontinuitet och en patientanpassad kvalitetsutveckling. Ett införande av vårdval skulle kunna ha en positiv effekt.

Ekonomiska konsekvenser och finansiering

Ett införande av vårdval hud kommer att medföra initiala kostnader, men för en mer noggrann analys av de ekonomiska konsekvenserna fordras en närmare precisering av hur vårdvalet kommer att utformas.

Juridisk bedömning

Införandet av vårdvalssystem i vården stöd av Lagen om valfrihetssystem (LOV) som gör det möjligt att införa vårdval inom olika delar av hälso- och sjukvården. Samråd har skett.

Miljökonsekvenser

Ärendet bedöms inte medföra några miljökonsekvenser.

Samverkan med berörda fackliga organisationer

Fördjupad samverkan med berörda fackliga organisationer har skett vid tre tillfällen. 2013-04-18 gavs information, 2013-04-24 gavs tillfälle att ställa frågor, 2013-05-21 genomfördes slutsamverkan.

Uppföljning

Uppföljning sker genom att ackrediteringsvillkor redovisas för hälso- och sjukvårdsnämnden senast i december 2013.

Carl Johan Sonesson
Ordförande

Ingrid Bengtsson-Rijavec
Hälso- och sjukvårdsdirektör

Hälso- och sjukvårdsnämnden

Förutsättningar för införande av vårdval inom hudsjukvården

I budget och verksamhetsplan för 2013 slås fast att Region Skåne ska initiera nya vårdval inom ramen för lagen om valfrihetssystem (LOV) under 2013. Patienternas ställning skall stärkas genom en större mångfald av aktörer och en större möjlighet för patienter att välja vård. Ökad mångfald i vårdutbudet skall leda till ökad tillgänglighet, kortare väntetider, bättre kontinuitet och en patientanpassad kvalitetsutveckling.

Tillgängligheten i den öppna specialiserade hudsjukvården i Skåne är på flera håll inte tillfredställande, utan behöver förbättras. Införande av vårdval handlar såväl om att öka tillgängligheten och skapa bättre patientflöden som att tillskapa en attraktiv vårdverksamhet för de professionella grupperna inom hudspecialiteten. En större mångfald av aktörer kan leda till kortare väntetider och ger patienterna större möjlighet att välja vård

Vad är hudsjukvård?

De tre vanligaste diagnosgrupperna vid akutsjukhusens mottagningar är psoriasis, aktinisk keratos (långvarig solskada) och dermatit (eksematösa förändringar mm). Psoriasis är en av våra stora folksjukdomar. Ungefär 2–3 procent av befolkningen har psoriasis och den är lika vanlig bland män som bland kvinnor. Psoriasis kan behandlas med mjukgörande krämer, ljusbehandling och läkemedel, beroende på svårighetsgrad.

Bland cancerformerna är malignt melanom den allvarligaste formen av hudcancer. Den drabbar ca 2 800 personer om året, och ungefär 500 av dem dör. Denna cancerform ökar snabbt till följd av de senaste decenniernas förändrade solningsvanor. Även skivepitelcancer i huden har blivit en av de snabbast ökande cancerformerna och antalet fall har nästan niofaldigats de senaste 40 åren. Skivepitelcancer utgör 8 % av alla cancerformer i Sverige med omkring 12 000 nyupptäckta fall varje år. Den största ökningen ses hos

personer i kroniskt solexponerad hud inom huvud/hals-området (<http://internetmedicin.se>). Medianålder vid diagnos är cirka 60 år (<http://www.karolinska.se>). Basalcellscancer, även kallat basaliom är den vanligaste formen av hudcancer med drygt 36 500 nyupptäckta fall totalt i Sverige (2009).

Dermatologin har som medicinsk disciplin vissa karakteristika som kan göra den lämplig att bedriva inom ramen för ett vårdval. Verksamheten har relativt sett få egna slutenvårdsplatser (8 st i Lund), det finns en begränsad jour/beredskapslinje, investeringskostnaderna för en vårdvalsenhet behöver inte bli lika stora som inom vissa andra specialiteter, tillgängligheten upplevs som låg inom dermatologin och en ökad incidens av hudcancer kan ytterligare förvärra tillgängligheten. Vårdkedjorna riktar sig i större utsträckning mot primärvården än mot övriga specialistvården och, inte minst, en stor del av verksamheten bedrivs på öppna mottagningar som vänder sig direkt till den vårdsökande allmänheten.

Andra karakteristika kan möjligen komplicera införandet av en vårdvalsmodell. Det gäller t ex det förhållandet att dermatologin är en "visuell" medicinsk vetenskap, dvs. för att bli en god dermatolog fordras att man har lång erfarenhet och att man haft möjlighet att föra diskussioner och sambedöma tillsammans med kollegor. Detta innebär inte nödvändigtvis att alla dermatologer bör finnas samlade inne på sjukhuskliniken, men i ackrediteringskraven måste kollegial sambedömning säkerställas. I Stockholm har man ställt kravet att verksamhetschefen ska ha minst 3 års dokumenterad erfarenhet av klinisk verksamhet inom specialiteten.

Venerologi

Idag finns ett utbyggt samarbete kring venerologi på SUS inom Centrum för Sexuell Hälsa i Malmö. Samarbetet sker mellan Hud, Gyn och Mödrahälsovården och detta kompetenscentrum fungerar som ett regionalt nav för arbetet kring sexuell hälsa. Från såväl nationella Smittskyddsinstitutet som från regionala smittskyddsenheten för man fram betydelsen av att värna kvaliteten kring diagnostik, behandling och smittspårning framförallt vad gäller de mer udda könssjukdomarna som exempelvis resistent gonorré, syfilis, schanker och ulcus molle genom ett regionalt kompetenscentrum. En stor del av den venerologiska verksamheten, i huvudsak vad gäller klamydia, bedrivs redan idag på ungdomsmottagningar och barnmorskemottagningar.

Venerologin är ur ett samhällsperspektiv en vital medicinsk verksamhet och, oberoende av vilka organisatoriska former som väljs, är det viktigt att god tillgänglighet och hög kompetens bibehålls. För att få hög kvalitet på smittspårningsarbetet krävs en viss volym, utbildning och intresse för uppgiften. Det är därför angeläget att en incitamentstruktur skapas som premierar både hög tillgänglighet och god smittspårning. Ansvar för en smittspårning ligger primärt på den behandlande läkare som diagnostiserat sjukdomen. Enligt regionala riktlinjer kan emellertid läkaren överlåta det

formella ansvaret för smittspårningen till annan person med särskild kompetens.

Målgrupper/ behandlingsindikationer

Den snabba ökningen av antalet hudcancerdiagnoser ställer stora krav på den dermatologiska verksamheten, i synnerhet mot bakgrund av den tilltagande bristen på dermatologer. Redan idag är det problem med att tillsätta utlysta tjänster, exempelvis i Trelleborg, och även i grannlandstingen är situationen besvärande med allt fler dermatologer som går i pension och allt för få nyutbildade. Det finns anledning att analysera patientbehoven för att skapa en verksamhet som på bästa sätt möter utmaningen ökade vårdbehov-minskat dermatologutbud.

Patienter med misstänkt cancer måste omedelbart komma till undersökning och behandling, men det finns också hudtumörer och hudförändringar som är ofarliga. Vårdvalssystemet måste medverka till att alla dessa patienter selekteras och behandlas på mest rationella sätt, med bibehållen kvalitet men på lägsta effektiva omhändertagandenivå. Samma sak gäller återbesöken. Det finns inget annat sätt att möta behovsgapet än att understödja en utveckling i riktning mot ökad kompetensspridning. Samma förhållande råder inom venerologin och det är positivt ju större del av denna verksamhet som kan utföras inom andra specialtområden.

Patienter med eksem, psoriasis och hudallergier kan med fördel få sin ljusbehandling utförd på fristående mottagningar som kanske drivs av sjuksköterskor eller i regi av psoriasisföreningar. Hudläkarnas speciella kompetens måste utnyttjas där den är som allra mest behövlig och därför måste ackrediteringsvillkoren utformas så att läkarna på vårdvalsenheterna endast utför uppgifter som ingen annan personalkategori kan ta ansvar för.

Nuläge

Hudmedicinska mottagningar finns vid sjukhusen i Malmö/ Lund, Helsingborg, Kristianstad, Trelleborg, Ängelholm och Simrishamn. Den sistnämnda mottagningen faller under avtalet med Caphio Närsjukvård Simrishamn.

Besök fördelade på de olika sjukhusen:

Producent_Enhet	Ssk/usk	Läkare	Totalt
HBG	10 278	9 631	19 909
KSD	7 124	13 953	21 077
SUS	34 883	37 883	72 766
TBG	1 445	2 568	4 013
ÄHLM	3 905	5 142	9 047
CNS	1 610	3 750	5 360
Totalsumma	59 245	72 927	132 172

Observera att dessa siffror inte är kvalitetssäkrade, men de torde utgöra en god approximation ändå.

Ungefär en tredjedel av besöken är operationsbesök, men denna siffra kan variera för de olika sjukhusen, mellan 25 och 46 procent.

Det finns 10 etableringar enligt LOL (lagen om läkarvårdsersättning) inom Hud. Medelåldern är hög och en majoritet av vårdgivarna är 60 år eller äldre.

LOL

Avtalspart	Ort	Antal besök
		28 066
HAALAND, BJÖRN	LUND	5 042
TOPAN, GINA	HELSINGBORG	2 962
ÖRSMARK, KERSTIN	SIMRISHAMN	1 113
MALMKVIST-PADOAN, SIGRID	KRISTIANSTAD	1 960
SOROBETEA, ANA	TRELLEBORG	4 079
AGDELL, JAN	MALMÖ	2 085
JOHANSSON, OLGA	MALMÖ	2 619
AKEL, NIDAL	MALMÖ	2 812
HOROVA, VERA	LUND	2 416
ZWOLINSKI, DANUTA	LUND	2 978

Capio Närsjukvård i Landskrona, Eslöv och Lund är upphandlade enligt LOU, liksom ljusbehandlingarna på Capio Närsjukvård i Malmö och på Psoriasis-föreningens mottagning i Trelleborg.

LOU

Avtalspart	Antal besök	Avtal t.o.m.
	23 285	
CAPIO CITYKLINIKEN AB, LANDSKRONA	2 488	2014 12 31
CAPIO SPECIALISTHUSET, ESLÖV	7 219	2015 02 28
CAPIO CITYKLINIKEN AB, LUND	3 849	2014 04 30
CAPIO, MALMÖ (främst ljusbehandling)	7 172	2014 12 31
TRELLEBORG PSORIASIS (främst ljusbehandling)	2 557	2014 12 31

I den offentligt drivna primärvården görs 67 522 hudbesök hos läkare, 11 273 hos övrig personal.

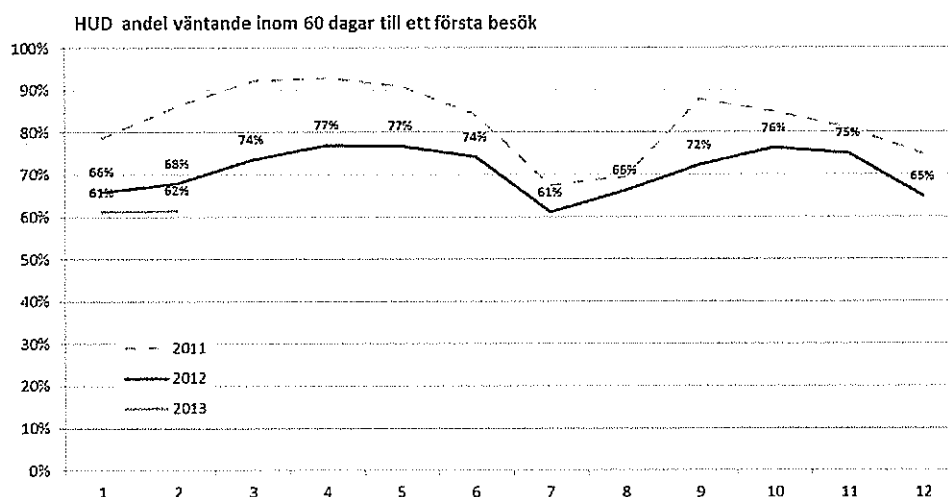
I den privat drivna primärvården görs ca 34 000 hudbesök hos läkare, ca 5 600 hos övrig personal.

Ant besök Diagn1_txt	Offentlig Primärvård	Sjukhus	Totalsumma
Psoriasis vulgaris	0	13 024	13 024
Annan lokal infektion i hud och underhud	9 471		9 471
Annan dermatit	8 553		8 553
Hälsokontroll avseende venerisk sjukdom		7 664	7 664
Aktinisk keratos (solskada)	901	6 669	7 570
Dermatit, ospecificerad	123	7 276	7 399
Melanocytnvus (födelsemärke)	6 952		6 952
Basalcellscancer med icke specificerad lokalisering		5 688	5 688
Bensår som ej klassificeras annorstädes	5 239		5 239
Psoriasis med ledsjukdom	278	4 905	5 184
Melanocytnvus med icke specificerad lokalisering		4 428	4 428

I ovanstående tabell redovisas de mest frekventa diagnoserna, på sjukhusen och i den offentliga primärvården. Den privata primärvårdens andel kan grovt skattas som 50 % av den offentliga primärvården. Vårdsökandet är jämnt fördelat mellan de olika åldersgrupperna, men det skiljer sig mellan män och kvinnor. Då kvinnorna gör 107 000 besök årligen, gör männen endast 81 000 (Det finns ungefär 12 000 kvinnor mer än män i Skåne). Antalen nybesök och återbesök är ungefär lika stora. Mer än hälften av besöken på sjukhusmottagningarna baseras på primärvårdsremisser, men andelarna kan skifta stort mellan de olika sjukhusen. Endast ett fåtal remisser kommer från privata hudspecialister.

Tillgänglighet

Vänteläget till besök inom öppenvård för hudsjukvård är näst sämst bland samtliga specialiteter i Skåne. Enligt statistik från "Vänteläget februari 2013" erhåller endast 62 procent av de vårdsökande tid för besök inom 60 dagar. Inom den offentligt drivna hudverksamheten är situationen besvärligast på Helsingborgs lasarett och på SUS, medan exempelvis mottagningen i Kristianstad har i stort sett 100 procents tillgänglighet. Totalt sett finns ca 4 700 väntande oprioriterade fall inom hudsjukvården och den



siffran har varit konstant under våren.

Man kan heller inte bortse från att dagens tillgänglighetsproblematik, åtminstone till viss del, beror på att det finns ett kostnadstak i uppdraget. Större utbud skapar ökad efterfrågan. Behovet verkar redan idag vara större än det finns ekonomi för och detta är en prioriteringsfråga. Med anledning av ökningen av remisser till hudläkare har det skett en skärpning av skrivningen i Ackrediteringsvillkoren 2012 för Hälsovalet och under "Medicinskt åtagande" står nu att – "Till exempel ska primär utredning, inkluderande mindre kirurgi och analys, av hudförändringar ske inom ramen för vårdenhetens uppdrag och ej vidareremitteras till specialistvården".

Övrigt

Det finns en jour/beredskapslinje inom Hud på SUS vardagar från arbetstidens slut till kl 21.00 samt helger 08.00-18.00. Denna linje täcker

hela södra sjukvårdsregionen samt konsultverksamhet av ineliggande patienter på SUS i Malmö och Lund. Inte minst intensivvårdsavdelningarna och hematologen/onkologen/barnonkologen har behov av denna när patienterna utvecklar oklara hudsymtom till följd av farmaka, sepsis mm.

Smittskyddslagen reser inga formella hinder mot att låta venerologin ingå i vårdvalstjänsten. I Stockholm ges möjlighet att bedriva venerologisk verksamhet vid vårdvalsenheterna, vilket 3-4 mottagningar också gör. Man får betalt per läkarbesök utan vidare specificering och kan också bedriva smittspårning.

De kvalitetsregister som är aktuella inom verksamheten är Melanomregistret, Psoriasisregistret och snart också Bensårsregistret. När det gäller registrering av tumörer är det också viktigt att inte samarbetet med RCC äventyras och heller inte arbetet kring vårdkedjor inom cancersjukvården som bedrivs tillsammans med RCC.

Utbildning, forskning

Det förhållandet att det idag finns en växande brist på dermatologer och att det i pipeline för specialistutbildningen finns ett växande antal dermatologer gör att både grundutbildningen och ST-utbildningen måste säkerställas. Även inom övriga vårdvalsområden är utbildningsproblematik central och den kommer att ägnas vederbörlig uppmärksamhet för att säkra en långsiktig och hållbar hudsjukvård.

Läkemedel

Läkemedel utgör en viktig del av den medicinska behandlingen och kan ge positiva effekter för den enskilde och ur ett samhällsperspektiv utgöra ett kostnadseffektivt behandlingsalternativ. Läkemedelskostnaderna ökar, bl a till följd av intensivare läkemedelsbehandlingar och introduktion av nya biologiska läkemedel. Även dyra mediciner till relativt få patienter kan ha stor effekt på läkemedelskostnaderna.

Kostnaden för biologiska läkemedel vid psoriasis var 2012 ca 20 miljoner kr för de skånska hudmottagningarna. De läkemedel som är aktuella förskrivs dels på recept (t ex Enbrel, Humira, Stelara) men rekvisition till vården förekommer också (Remicade). Rekvisitionsförfarande tillämpas för läkemedel som ges på vårdinrättning. Läkemedlet Remicade tillförs som en infusion direkt i blodbanan medan de andra läkemedlen ges som injektion under huden vilket patienterna själva kan ge sig i hemmet. Utöver på sjukhusen förskrivs biologiska läkemedel vid psoriasis i viss utsträckning från privata specialister, t ex Specialisthuset i Eslöv där förskrivningen under 2012 motsvarade 2 miljoner kr.

Behandlingskostnad för biologiska läkemedel vid psoriasis är ungefär 130 000 kronor per patient och år. Till slutet av 2014 beräknas ungefär 40 nya patienter tillkomma vilket motsvarar en kostnad av 5-6 miljoner kr årligen. En indikationsvidgning kan förväntas eftersom nya studier från

läkemedelsindustrin visar evidens på nyttan av tidigt insatt behandling och detta skulle i sin tur kunna leda till ytterligare ökade läkemedelskostnader.

Det finns idag övergripande regionala principer för behandling med biologiska läkemedel vid psoriasis som bygger på a) vissa godkända indikationer för användning, b) anvisningar för in-/utsättning av olika preparat samt c) krav på att initiering av behandling med biologiska läkemedel ska godkännas av minst två specialister inom kliniken.

Idag har sjukhusklinikerna 100 % kostnadsansvar för sin förskrivning av klinikläkemedel, medan motsvarande inte gäller för privata vårdgivare. Ett framtida vårdvalsuppdrag kan beskrivas med riktlinjer eller behandlingsindikationer så att biologiska läkemedel inte kan förskrivas inom vårdvalet, utan istället hänvisas till den medicinska evidens/beprövade erfarenhet som finns i regionsjukvården. Dessa förskrivningar skulle då istället kunna hanteras via teamkonferens på specialistmottagningarna. I vilket fall som helst kräver läkemedelshanteringen vidare utredning.

Avgränsning av vårdvalet

En central fråga är om ett vårdvalssystem är möjligt inom den specialiserade öppna sjukvården. Bedömningen är att det är möjligt och att den modell som skapats i Stockholms läns landsting med ackreditering för basuppdrag i form av mottagningsverksamhet med möjlighet till tilläggsuppdrag kan tjäna som inspirationskälla. Det handlar då t.ex. om inläggande konsultverksamhet för slutenvårdspatienter med hudrelaterade besvär.

Viss "högspecialiserad" hudsjukvård skulle kunna utföras vid något/några sjukhus, men i huvudsak bör denna verksamhet koncentreras till Universitetssjukhuset. Det handlar om vård som kräver sjukhuskliniken resurser samt vård som av volymsskäl bör utföras vid ett eller ett fåtal sjukhus. Den del av verksamheten som återstår, dvs. den absolut största delen, skulle kunna lämpa sig för ett ackrediteringsförfarande och bedrivas som en från den specialiserade sjukhusvården oberoende enhet. Hudkliniken vid SUS skulle på detta sätt delas upp i en högspecialiserad sjukhusansluten del och en oberoende, ackrediterad vårdvalsverksamhet med möjlighet till tilläggsuppdrag.

1. Idag har Hudkliniken på SUS 8 slutenvårdsplatser. Det handlar om patienter med blåssjukdomar, svår psoriasis, svåra eksem, hudlymfom mm. och ibland utvecklas dessa hudproblem hos patienter på andra vårdavdelningar. Slutenvårdspatienter med hudproblem på de mindre sjukhusen skulle även fortsättningsvis kunna skötas med konsultinsatser på andra vårdavdelningar. Speciella slutenvårdsplatser för hudpatienter bör endast finnas på SUS.

2. Viss laserverksamhet, t ex för multidisciplinära kärldmissbildningar bör behållas på SUS. Notera att laserverksamheten med fördel kan användas för kosmetisk behandling och därmed finns risker för att sådana behandlingar skulle kunna utföras på vissa vårdvalsenheter. Det finns privata

dermatologer som redan idag delar sin praktik mellan dermatologi och kosmetologi. De entreprenörer som helt eller delvis ägnar sig åt kosmetiska behandlingar medverkar inte till att skapa bättre tillgänglighet för dermatologi-patienterna. Det bör utredas vidare om all laserverksamhet ska koncentreras till regionsjukvården.

3. Yrkes- och miljödermatologi bör också stanna kvar i en sammanhållen enhet på SUS.

4. Mohs kirurgi (tumörer som sitter otillgängligt). Patienterna opereras, analyseras och omopereras under en seans för att nå 100%-igt resultat vid ett behandlingstillfälle. Även en del andra tumörtyper kan kräva den högspecialiserade hudsjukvårdens resurser

5. Buchy (lågrentgenbehandling för psoriasis och vissa tumörer) bör endast utföras inom den högspecialiserade hudsjukvården.

För flera av dessa verksamheter gäller att kompetensen finns hos ett fåtal individer som om de försvinner ut till vårdvalsenheterna kan äventyra fortsatt verksamhet inom dessa områden i regionen.

Den framtida högspecialiserade hudsjukvårdens andel av den totala besöksvolymen är svår att i dagsläger beräkna, utan detta måste utredas vidare. Bedömningen är ändå att en stor andel av dagens ca 90 000 sjukhusbesök skulle kunna ske inom ramen för ett vårdval.

Gränssnitt primärvården

Det är inte endast gränssnittet mot den högspecialiserade hudsjukvården som måste uppmärksammas, utan även den del av hudsjukvården som utförs inom primärvården. Ur en synvinkel är det angeläget att primärvården behåller sin del av det totala vårdutbudet inom hud, och kanske tar ett större ansvar för de hudrelaterade åkommorna så att inte tillgängligheten till hudspecialist minskar för patienter med avancerade hudsjukdomar. Såväl den psykosomatiska aspekten på hudsjukvård som preventionsarbetet talar för att en stor andel av att verksamheten bör utföras vid patientens hälsovalsenhet.

I primärvården känner man ibland en osäkerhet inför hudförändringar vilket resulterar i en, kanske onödig, remiss till hudspecialist. Detta innebär inte att det vore bättre om patienterna kom till specialist direkt, för det största antalet patienter blir väl omhändertagna i primärvården. Ur ett längre tidsperspektiv, med ökade vårdbehov och färre dermatologer, är primärvårdens roll central och det kan finnas anledning att stimulera dermatologer till att bedriva verksamhet ute på vårdcentraler för att där medverka till kompetenshöjning och kanske utvecklandet nya tekniska lösningar som användning av teledermaskopi.

Kostnader

I Stockholm har man valt att inte kompensera kostnadsökningen i samband med etableringen av nya vårdvalsenheter inom Hud med motsvarande neddragningar inom sjukhusvården. Det skapar naturligtvis ett större lugn i omställningsfasen, men leder oundvikligen till ökade kostnader totalt sett. Från Stockholms håll varnar man för att ha för bråttom då man kan tvingas till kostsamma omstarter. Framför allt rekommenderar man att IT- och FoU-frågorna är ordentligt utredda och förankrade innan man drar igång.

Målet med vårdvalet är att uppnå bättre resultat, högre kvalitet och bättre tillgänglighet till rimlig kostnad, dvs att effektivisera vården, och detta kan möjligen låta sig göras, men förbättrad tillgänglighet leder också till ökad efterfrågan och just inom ett område som dermatologi kan diskrepansen mellan vårdbehov och vårdefterfrågan vara stor. En viss uppräknings av kostnaderna kan behöva göras för väntad befolkningstillväxt.

Vårdval kan fungera utmärkt för att öka tillgängligheten och skapa ökad effektivitet, det skapas förutsättningar för nytänkande och förbättrade vårdkedjor. Beställaren erhåller bättre möjligheter att såväl styra upp de privata verksamheterna (genom revideringar av ackrediteringsvillkor och ändamålsenliga ersättningssystem) som att skapa bättre förutsättningar för uppföljning och kvalitetskontroll. Man kan reglera läkemedelsförskrivning och reglera uppdraget på ett bättre sätt än idag – särskilt i jämförelse med dagens verksamhet enligt LOL.

Sammantaget innebär vårdvalet ökad risk för att totalkostnaden ökar, men också att man kan få mer vård för pengarna i en situation där behoven ökar och antalet dermatologer minskar. På kort sikt gynnar den förbättrade tillgängligheten främst vårdsökande med lågprioriterade vårdbehov. På längre sikt kan vårdvalet däremot visa sig vara nödvändigt för att klara det växande gapet mellan utbud och efterfrågan.

Risker och möjligheter vid införande av vårdval inom hudsjukvården

För patienter/medborgare:

- + Större valfrihet, ökad kontinuitet och bättre tillgänglighet
- + Kronikers tillgång till vård och behandling kan förbättras

- Ökade offentliga utgifter
- Kronikers tillgång till vård kan också försämrats om hudläkarnas tid kommer att upptas av enklare fall jämfört nu.

För offentligt driven vård

- + Högre kvalitet om ingrepp med små volymer utförs på färre enheter.
- + En mer konkurrensutsatt situation kan tvinga fram utveckling av nya arbetsformer och bättre tillgänglighet.

- En löneglidning kan komma att uppstå inom den offentliga vården om efterfrågan på dermatologer i privatvården ökar.
- Stor utbildningsbörda om inte ett tydligt uppdrag för utbildning finns i ackrediteringsvillkoren

För uppdragsgivaren Region Skåne

- + Färre primärvårdsbesök med vidareremitteringar, dvs ett besök istället för två.
 - + Det krympande antalet dermatologer är ett hot, men möjligen kan en del av dem som finns kvar arbeta effektivare under annan organisationsform.
 - + Det är lättare att reglera vård som bedrivs under LOV än under LOU och LOL. Beställaren har större möjligheter att under resans gång göra förändringar vad det gäller såväl vårdtjänstens innehåll som införande av nya uppföljningsmål. Införande av vårdvalsmodell kan förhoppningsvis också ha fördelen att ersättningsetableringar inte kan säljas vidare som sådana.
 - + Bättre kontroll av förskrivning av biologiska läkemedel
- Införande av vårdval för den öppna specialiserade hudsjukvården kan i värsta fall innebära en fragmentisering av en tidigare mer sammanhållen verksamhet och försvåra för specialistutbildning och forskning vilket i förlängningen innebär problem med både kompetensförsörjning och medicinsk utveckling.
- Det har gjorts stora investeringar i medicinsk apparatur på sjukhusklinikerna och det är inte säkert att det finns personal eller andra förutsättningar för att utnyttja dem när vården decentraliseras. Här finns en risk för kapitalförstöring
- Svårigheter med att finna ersättningssystem som styr verksamheten mot rätt insatser. Gränssnittet mot kosmetologin utgör en speciell riskfaktor. Det är av största vikt att en analys görs av risken för överbehandlingar och underbehandlingar för olika patientgrupper och att ersättningssystemet tar hänsyn till dessa risker.

Utförare i privat regi LOL LOU

- + Volymerna är stora och växande (närmast oändliga) och därmed tryggas också entreprenörernas ekonomiska överlevnad.
- + Det finns fördelar med att bedriva vård inom LOV istället för LOL/ LOU, inte minst för att kontinuiteten därigenom kan stärkas, fler typer av åtgärder kan komma att ersättas och det saknas volymtak
- + Med fler vårdaktörer och enheter ökar mångfalden även för de anställda. Det ger också anställda möjlighet att starta egen verksamhet då förutsättningarna för att bli ackrediterad för basuppdraget inte bedöms medföra allt för stora investeringar.

Erfarenheter från andra landsting

Stockholms läns landsting är hittills det enda i Sverige som infört vårdval inom hudspecialiteten. Där har ibland framförts att ett motiv för införande av vårdval varit att minska den sjukhusanknutna specialistvården och skapa incitament för effektivitet och kostnadskontroll. I "Framtidens HoS" i

Stockholm anges som mål att totalt 300 000 sjukhusbesök ska ha försvunnit fram till 2016. Utbudsexpansionen på det privata området har dock inte kompenseras av en motsvarande neddragning inom sjukhusvården. Det är kanske denna växling som inrymmer störst risker och här har Stockholm ännu inga erfarenheter att bistå med. Det finns dock planer på att revidera ersättningarna till de sjuhusdrivna klinikerna och det har även diskuterats att låta sjukhuskliniker ackreditera sig.

I Stockholm har man inga begränsningar för läkemedelsförskrivningen och inga speciella villkor för förskrivning av biologiska läkemedel. Beställaren har däremot alltid möjlighet att följa upp såväl verksamhetsinnehåll som förskrivningar, men ambitiösa uppföljningar kräver samtidigt resurser.

Den geografiska spridningen är naturligtvis viktig för tillgängligheten, och vårdvalet kan leda till ett mer spritt vårdutbud, även om erfarenheterna från Stockholm pekar mot att det, åtminstone initialt, sker en koncentration av utbudspunkter i de mest tätbefolkade områdena. Sedan bör alla jämförelser med Stockholm ske med viss försiktighet eftersom förutsättningarna skiljer sig åt, både när det gäller omfattningen av det "egenregisserade" utbudet och antalet privatpraktiker. I Stockholm är ett framträdande motiv för införande av vårdval inom Hud just att skapa bättre förutsättningar för reglering av de många privata etableringarna.

I Stockholm befann man sig i den situationen att många LOU-avtal gick ut när vårdvalet introducerades. Ett par lever kvar och en av dem har meddelat intresse för att ingå i vårdvalet. Bland LOL-läkarna har ett antal gått över till vårdvalet, troligen för att man där kan arbeta utan tak och för att fler åtgärder ersätts. En del har gått i pension och några är så pass gamla att de inte vill ta steget in i det nya.

I Stockholm har man noterat en kraftig förbättring av tillgängligheten och det ökade antalet vårdgivare och patienter kommer inte bara från Stockholm utan även från de omgivande landstingen. Överfört till Skåne skulle införande av vårdval kunna leda till att övriga landsting i Södra sjukvårdsregionen tappar läkare och det finns en dermatolog-brist i Södra sjukvårdsregionen totalt sett, och även i Danmark.

Förslag

Det finns både risker och möjligheter förknippat med införande av vårdval inom hudområdet och ingen kan idag med säkerhet säga vilka utfall som är mest troliga. Under flera års tid har tillgängligheten försämrats inom specialiteten och det finns anledning att testa nya organisationsformer och incitament för att öka effektiviteten. Den samlade bedömningen är att det går att införa vårdval inom hudspecialiteten. Samtidigt är de risker som nämns av karaktären att konsekvenserna kan bli allvarliga om de värsta farhågorna infrias. Därför måste alla påtalade risker noga beaktas i det fortsatta arbetet.