

Solidariskt finansierade verksamheter i Södra sjukvårdsregionen

Sammanfattning

SRVN har beslutat om en översyn av de solidariskt finansierade verksamheterna för vilka Region Skåne har driftansvar. Bakgrunden är omfattningen av de verksamheter som erhåller denna typ av finansiering, oklarheter i fråga om ledning och styrning samt synkroniseringen av SRVN:s och respektive huvudmäns budgetprocess.

Fördelarna med solidarisk finansiering ligger i dess karaktär av abonnemangslösning för angelägna tjänster, som inte kan finansieras på annat sätt eller där annan finansiering har uppenbara avigsidor. Nackdelar med solidarisk finansiering är att

- ledning, styrning och uppföljning av verksamheterna blir mer komplex och inte sällan oklar. Detta beror på att uppdrag och resurser ges av såväl Region Skåne och dess linjeorganisation som SRVN.
- verksamheternas innehåll och kostnader prioriteras inte i samma process som huvudmännens övriga verksamheter.
- det krävs beredning och budgetbeslut både i SRVN och hos varje huvudman. Detta gör beslutsprocesserna mer långdragna och ibland oförutsägbara, vilket påverkar möjligheterna att hantera att förändrade förhållanden i verksamheterna.

Södra sjukvårdsregionen har betydligt fler solidariskt finansierade verksamheter än andra sjukvårdsregioner. Viktiga förklaringar till detta är bl a det goda samarbete som finns mellan de olika huvudmännen i regionen, men det kan även handla om andra beslutskriterier och förutsättningar, många ansökningar och att de verksamheter som en gång fått del av solidarisk finansiering fortsätter att få det. Solidarisk finansiering är ändamålsenlig för vissa verksamheter, medan den för andra främst är ändamålsenlig i ett visst skede i verksamhetens utveckling.

Analysen och bedömningen av dagens solidariskt finansierade verksamheter har resulterat i att:

- Sex verksamheter föreslås få fortsatt solidarisk finansiering.
 - För fyra av dem krävs dock ytterligare beredning för att avgränsa och mer precist formulera det solidariskt finansierade uppdraget. Det gäller framför allt Arbets- och miljömedicin och Onkologiskt centrum som går upp i RCC Syd..
- Sju verksamheter föreslås få andra finansieringsformer, främst vårdersättning genom Region Skånes förvaltningsuppdrag och inkludering i regionprislistan. Även ökad intäktsfinansiering är aktuell för några verksamheter.

Fortfarande är transparensen låg i flera verksamheters budgetering och nedbrytning av det solidariskt finansierade uppdraget och, som en följd av detta, också i uppföljningen. För de verksamheter som fortsättningsvis föreslås finansieras solidariskt bör genomsynligheten i hanteringen av uppdrag och budget vara ett villkor för utbetalning av avsatta medel.

Förslagen föreslås gälla från och med 2013. Efter beslut i SRVN 2012-06-13 kan detta integreras i huvudmännens och Regionvårdsnämndens budgetsprocess för nästa år. De delar som rör Onkologiskt Centrum och Gynekologisk cellprovskontroll flyttas in i beredningen av RCC Syd.

Solidarisk finansiering får inte ses som en "fri nyttighet" för verksamheterna och ett skydd från förvaltningarnas prioriteringar och krav. Hälso- och sjukvårdens tjänster ska genomföras och finansieras därför att de tillgodoser viktiga behov och har god evidens för effekt och kostnadseffektivitet. De måste också anpassas till huvudmännens sammantagna ekonomiska resurser. Det är därför av stor vikt att varje hälso- och sjukvårdsverksamhet kan prövas och prioriteras i en gemensam process hos huvudmännen och deras förvaltningar. Detta gäller oavsett om besparingar står på agendan eller om huvudmännen befinner sig i en mer expansiv fas.

Innehållsförteckning

Solidariskt finansierade verksamheter i Södra sjukvårdsregionen.....	1
Sammanfattning	1
Innehållsförteckning	2
Bakgrund.....	3
Solidariskt finansierade verksamheter inom södra sjukvårdsregionen	3
Uppdraget.....	4
Genomförande.....	4
Finansiering av sjukvårdstjänster i Södra sjukvårdsregionen	5
Södra sjukvårdsregionen har väsentligt fler solidariskt finansierade verksamheter än övriga sjukvårdsregioner.....	6
Grunder för solidarisk finansiering	6
De solidariskt finansierade verksamheterna	7
Verksamheter för vilka solidarisk finansieringen bedöms som lämplig för hela eller delar av verksamheten	8
Regionalt biobankscentrum (RBC).....	8
Regional organisation för donation – organ och vävnader	8
Arbets- och miljömedicin (AMM).....	9
Yrkes- och miljödermatologi (YMDA)	15
Onkologiskt centrum (OC).....	16
Gynekologisk cellprovskontroll.....	18
Verksamheter för vilka den solidariska finansieringen föreslås upphöra	19
Klinisk genetik - genetisk vägledning.....	19
Koagulation – genetisk rådgivning	21
Dövpsykiatrisk mottagning för barn respektive vuxna	22
Practicum – Lund/Malmö Clinical Skills Centre – tidigare Practicum och CMS.....	23
Sekretariatet för allergi och annan överkänslighet.....	24
Regionalt blodgivarkansli	25
Bilaga 1: Intäktssammandrag för de solidariskt finansierade verksamheterna för verksamhetsår 2010 (Mkr).....	26

Solidariskt finansierade verksamheter i Södra sjukvårdsregionen

Bakgrund

I SRVN finansieras 13 verksamheter solidariskt i olika utsträckning av de ingående landstingen¹. Dessutom lämnar huvudmännen via SRVN betydande forskningsbidrag till flera av verksamheterna. De aktuella verksamheterna är placerade vid Skånes Universitetssjukhus (SUS), Psykiatri Skåne eller Labmedicin Skåne. Verksamheterna är sålunda inplacerade i Region Skånes ledningsstruktur, men styrs genom uppdragen från SRVN. Rådande styrmiljö bidrar till betydande oklarheter i styrning och uppföljning.

SRVN beslöt 2004 att kansliet skulle genomföra en verksamhetsgenomgång och ekonomisk granskning i syfte att belysa huvudmännens nytta av några av de aktuella verksamheterna². I rapporten bedömdes att uppdragen på en övergripande nivå fångade verksamhetens kärna. Däremot var de inte nedbrutna i verksamheternas olika delverksamheter, vilket medförde ”att en mer detaljerad uppföljning av verksamheternas innehåll och resursåtgång i förhållande till uppdraget inte låter sig göras”. Det konstaterades också att ”det saknas en konsekvent, enhetlig och tydlig process kring uppföljningen av verksamheternas uppdrag”.

Rapporten kunde se fördelar med solidarisk finansiering, men öppnade även för intäktsfinansiering inom specifika områden. De huvudsakliga rekommendationerna handla om vikten av att förtydliga uppdrag och uppföljningsprocesser. Det föreslogs också att de regionala medicinska råden skulle bistå med att förtydliga uppdragen för de solidariskt finansierade verksamheterna.

Det har förflutit drygt sex år sedan rapporten som nämndes ovan publicerades. Under denna tid har flera ansträngningar gjorts i linje med de ursprungliga förslagen. Bl a ett om regler för ekonomihantering för de solidariskt finansierade myndigheterna³. SRVN godkände förslaget, som innehöll en uppföljningsmall för ekonomirapportering och mallar för verksamhetsplan/årsredovisning 2009-03-27. Resultaten har varit magra och idén att de medicinska råden skulle få ett större ansvar för uppdragsutformningen för de solidariskt finansierade verksamheterna har heller inte infriats. Det kan sålunda konstateras att de ovan beskrivna svårigheterna i väsentlig grad kvarstår.

Solidariskt finansierade verksamheter inom södra sjukvårdsregionen

Solidariskt finansierade verksamheter är sådana som landstingen i en sjukhusregion har bestämt sig för att finansiera direkt utifrån ingående avtalsparters storlek. För 2011 beviljades verksamheterna driftbidrag med sammanlagt 76,5 Mkr av SRVN. Dessutom tillkommer 40,1 Mkr för landstingsfinansierad klinisk forskningstid. Dessa forskningsmedel administreras av Region Skåne och behöriga att söka är anställda i hela Södra sjukvårdsregionen. Samtliga ansökningar bedöms och prioriteras av en gemensam grupp.

Förutom de medicinska råden finansieras följande verksamheter solidariskt av landstingen i Södra sjukvårdsregionen:

- Dövpsykiatrisk mottagning (vuxna)
- Dövpsykiatrisk mottagning (barn)

¹ För 2011 var det 14 verksamheter eftersom att Practicum och CMS då var separata verksamheter.

² Verksamhetsgenomgång och ekonomisk granskning av solidariskt finansierade verksamheter. Annica Tallmer och Ronny Wain, SRN juni 2005

³ Förslag till regler för ekonomihantering av de solidariskt finansierade verksamheterna. Arnt Draveng (USiL) och Gunnar Fröberg (UMAS), 2009-01-28.

- Practicum – Lund/Malmö Clinical Skills Centre – tidigare Practicum och Centrum för medicinsk stimulering (CMS)
- Sekretariatet för allergi och annan överkänslighet inom Allergikompetenscentrum (AKC)
- Koagulation, genetisk rådgivning
- Yrkes- och miljödermatologi
- Onkologiskt centrum (OC)
- Genetiska kliniken, genetisk vägledning
- Arbets- och miljömedicin
- Regionalt blodgivarkansli
- Gynekologisk cellprovskontroll
- Regionalt biobankscentrum
- Regional organisation för organdonation – organ och vävnader

Uppdraget

Vid sitt sammanträde 2011-06-23 beslöt SRVN att uppdra åt direktören att ta fram en strategisk plan för Södra sjukvårdsregionen. Vid nämndens sammanträde 2011-09-23 beslöts att en översyn skulle göras av de solidariskt finansierade verksamheterna för vilka Region Skåne har driftansvar. Enligt beslutet bör styrnings- och ledningsfrågor särskilt belysas, utifrån både uppdragets aktualitet och den gemensamma ekonomiska överenskommelsen.

Tidigare analyser och arbete för att förbättra förutsättningarna för styrning och uppföljning av de solidariskt finansierade verksamheterna har inte inbegripit frågorna om den solidariska finansieringen i sig och syftet med denna. Inriktningen i detta arbete är därför framför allt att analysera förutsättningarna för en mer ändamålsenlig och tydlig solidarisk finansiering. Fokus läggs i rapporten på:

- kriterier för solidarisk finansiering
- strategiska beslut i samband med att en verksamhet eller delverksamhet blir solidariskt finansierad
- finansieringsprinciper
- uppdragsformulering
- styr och uppföljningssystem där styrning och ledning i större grad sammanfaller i organisationen

I syfte att ta fram nödvändiga underlag, göra analyser och skriva fram förslag bildades en arbetsgrupp. Denna har bestått av tjänstemän från SRVN, Regions Skånes koncernkontor och en konsult⁴.

Genomförande

Verksamheterna skiljer sig mycket åt då det gäller innehåll och storlek. Den solidariska finansieringen har också olika stor tyngd i aktuella verksamheter. För några är det den enda intäkten, medan andra verksamheter har flera olika intäktskällor.

I ett första steg kartlades därför de olika verksamheternas karaktär och i vilken utsträckning verksamheten finansierades solidariskt genom SRVN och vilka andra finansieringskällor verksamheten hade. Verksamhetens mål i förhållande till uppdragsgivaren/finansiären granskades också tillsammans med hur mål brutits ner och hur intäkterna från den solidariska finansieringen hade budgeterats och följs upp av verksamheterna. Delar av detta kunde hämtas från befintliga planerings- och uppföljningsdokument. Dessutom samlades ytterligare information genom en enkel enkät och under en heldag träffade arbetsgruppen före-

⁴ Arbetsgruppen bestod av Rita Jedlert (ordf.) och Bo Attner (SRVN), Göran Ingvarsson (RS centrum för verksamhetsplanering och analys/avtalsgruppen), Ronny Wain (RS avdelning för utvärdering och analys, fr.o.m. 2012-02-01 RS avdelning för produktionsstyrning) och Ulf-Johan Olson (Utvecklingspartner i Stockholm AB).

trädare för aktuella verksamheter och deras förvaltningsledningar. Verksamheterna för cervixscreening och regional organisation för organdonation deltog inte.

I nästa steg analyserades förutsättningarna för förbättrade styr- och ledningsförutsättningar i linje med uppdraget ovan. Samtidigt har en rad olika frågeställningar och alternativ prövats i relation till de olika verksamheterna. Det gäller bl a möjligheten att

- styrning och ledning sker under samma nämnd/förvaltning
- uppdrags- eller prestationsfinansiering tillämpas så långt som möjligt, d v s att ersättningen kanaliseras genom uppdraget från Region Skåne och regionprislistan. Även möjligheten att ta betalt för vissa tjänster har övervägts.
- finansiering av verksamheterna betraktas i första hand som ägartillskott, d v s antingen som en tillfällig investering i ett uppbyggnadsskede för en regional plattform/infrastruktur av kunskap och arbetsprocesser, eller i andra hand en långsiktig finansiering av en angelägen verksamhet utan andra naturliga intäktskällor.
- verksamheternas resultatansvar förstärks, t ex genom ett tydligare balanskrav
- skärpa kraven på redovisning av intäkter och kostnader för verksamheter som erhåller solidarisk finansiering
- förtydliga respektive förändra de olika solidariska verksamheternas struktur och inplacering i olika verksamheter/förvaltningar
- det finns ett tydligt slut för solidarisk finansiering, då verksamheten kan inlemmas i befintliga uppdragsstrukturer och SRVN:s ekonomiska ansvar för dessa upphör

En preliminär rapport med förslag togs fram av arbetsgruppen och verksamheterna har därefter inkommit med synpunkter på beskrivningar och förslag. I samband med detta träffade arbetsgruppen företrädare för aktuella verksamheter tillsammans med förvaltningschef eller biträdande förvaltningschef. Alla utom ansvarig för gynekologisk cellprovskontroll och organdonation deltog. Efter kompletteringar lämnades rapporten till SRVN för ställningstagande och beslut.

Finansiering av sjukvårdstjänster i Södra sjukvårdsregionen

Sjukvårdsregionerna samverkar om två typer av finansiering av vård som inte alla huvudmän själva har tillgång till. Det största området utgörs av de vårdtjänster för vilka kostnaderna regleras i *regionprislistan*. Här förhandlar och överenskommer parterna en prislista för de aktuella vårdtjänsterna. Kostnaden för de utnyttjade tjänsterna faktureras patientens hemlandsting av sjukhuset hos den huvudman som tillhandahåller tjänsten. Det andra, betydligt mindre området, är *solidarisk finansiering*. Sådan finansiering tillhandahålls proportionellt av parterna när det inte är rimligt att alla huvudmän själva bygger upp verksamheten och när det finns svårigheter att finansiera funktionen utifrån vårdavgifter, som med övrig regionvård.

När det gäller regionvård så tar en huvudman hela kostnaden för att bygga upp, utveckla och tillhandahålla aktuella tjänster. När det gäller solidarisk finansiering delar parterna på kostnaderna utifrån sin befolkningsandel, vilket ofta kan jämföras med en abonnemangslösning.

Skälen till solidarisk finansiering är oftast svårigheter att finansiera tjänsten med värderättning och/eller att verksamheten är för kostsam eller oekonomisk att bygga upp för varje enskild huvudman. Det kan också vara olämpligt av praktiska skäl.

Fördelarna med solidarisk finansiering ligger i dess karaktär av abonnemangslösning för angelägna tjänster, som inte kan finansieras på annat sätt. Nackdelar med solidarisk finansiering är att

- ledning, styrning och uppföljning av verksamheterna blir mer komplex och inte sällan oklar. Detta beror på att uppdrag och resurser ges av såväl Region Skåne och dess linjeorganisation som SRVN.
- verksamhetens innehåll och kostnader prioriteras inte i samma process som huvudmannens övriga verksamheter.

- det krävs beredning och budgetbeslut både SRVN och hos varje huvudman. Detta gör beslutsprocesserna mer långdragna och ibland oförutsägbara, vilket påverkar möjligheterna att hantera förändrade förhållanden i verksamheterna.

För de aktuella verksamheterna har ett positivt beslut i SRVN inneburit en relativt trygg finansiering av hela eller delar av verksamheten samt en stor frihet att utveckla verksamheten inom det, ofta mycket vida uppdraget.

Tryggheten för verksamheten ligger dock inte i den solidariska finansieringen i sig. Precis som för alla verksamheter måste den ligga i att det finns behov av verksamhetens tjänster samt att dessa är kostnadseffektiva och produceras rationellt.

Södra sjukvårdsregionen har väsentligt fler solidariskt finansierade verksamheter än övriga sjukvårdsregioner

Inom alla sjukvårdsregioner finansieras Onkologiskt centrum och Arbets- och miljömedicin solidariskt av de ingående landstingen. I Västra sjukvårdsregionen är det de enda verksamheterna. I övrigt tillkommer ett fåtal verksamheter som t ex delar av blodverksamheten eller hornhinnebanken (vid Universitetssjukhuset Örebro inom Uppsala-Örebroregionen).

Det enkla svaret på varför Södra sjukvårdsregionen har flest solidariskt finansierade verksamheter av alla sjukvårdsregioner är att SRVN/huvudmännen har fattat flest sådana beslut. Möjliga förklaringar är att:

- SRVN haft andra beslutskriterier än övriga sjukvårdsregionala styrorgan
- huvudmännen inom Södra sjukvårdsregionen har andra förutsättningar i vissa avseenden än övriga sjukvårdsregioner
- aktuella verksamheter i högre utsträckning har sökt solidarisk finansiering då de haft svårt att skapa resurser på annat sätt
- svårigheter att nå överenskommelser inom ramen för regionprislistan
- de verksamheter som en gång fått del av solidarisk finansiering fortsätter att få det

Den hittillsvarande solidariska finansiering speglar sannolikt en god samsyn mellan de ingående landstingen i många frågor, inte bara de som har rört regionsjukvården. Många av verksamheterna har funnits länge och tillkommit under en tid då anslagsfinansiering var mer regel än undantag. Utvecklingen av den ekonomiska styrningen, där de sjukvårdande förvaltningarna i större grad ersätts utifrån prestation och större vikt läggs vid tydliga uppdrag och uppföljning, innebär nya förutsättningar även för de solidariskt finansierade verksamheterna.

Solidarisk finansiering är ändamålsenlig för vissa verksamheter, medan den för andra främst är ändamålsenlig i ett visst skede i verksamhetens utveckling. En förutsättning för att kunna bevilja solidarisk finansiering till nya verksamheter är att det finns en viss omsättning bland dessa. Om den solidariska finansieringen alltid ges utan slutpunkt, när den inte längre är nödvändig eller relevant, begränsas utrymmet för nya verksamheter att kunna dra nytta av denna finansieringsmodell.

Grunder för solidarisk finansiering

Solidarisk finansiering är i första hand till för angelägna verksamheter som

- inte kan byggas upp och drivas kostnadseffektivt av varje enskild huvudman i sjukvårdsregionen och där
- en debitering av utförda tjänster direkt till användarna/landstingen bedöms som opraktisk eller olämplig och/eller
- under etableringsfasen behöver bygga upp kompetens och utveckla nätverk som inte ett enskilt landsting kan förväntas göra själv

Gjord granskning och analys av de solidariskt finansierade verksamheterna i Södra sjukvårdsregionen har utgått från dessa kriterier.

De solidariskt finansierade verksamheterna

Samtliga solidariskt finansierade verksamheter har granskats utifrån verksamhetsberättelser, enkätsvar och genomförda intervjuer 2012-01-27. Gjorda analyser har resulterat i förslag som övergripande kan delas in i två grupper:

- Sex verksamheter för vilka solidarisk finansieringen bedöms som lämplig för hela eller delar av verksamheten
- Sju verksamheter för vilka den solidariska finansieringen föreslås upphöra till förmån för gängse vårdersättning genom Region Skånes förvaltningsuppdrag och regionprislistan samt, i vissa fall, även ökad intäktsfinansiering.

Sex verksamheter har bedömts som lämpliga för fortsatt solidarisk finansiering. För fyra av dem krävs dock ytterligare beredning för att avgränsa och mer precist formulera det solidariskt finansierade uppdraget. Det gäller framför allt Arbets- och miljömedicin (AMM) och Onkologiskt centrum (OC). AMM behöver också ses över ur organisationssynpunkt. Den senare aspekten involverar även Yrkesdermatologin, eftersom verksamheterna har ett likartat samhällsuppdrag.

AMM har idag ett mycket brett uppdrag och här är strävan att avgränsa den delen av uppdraget som kräver en solidarisk finansiering. Onkologiskt Centrum (OC) är på väg in i Regionalt Cancercentrum Syd⁵ (RCC Syd) och eftersom organisationen för denna ännu inte är fastlagd är det svårt att ta ställning till alla delar i OC:s nuvarande solidariska finansiering. Klart är dock att det bland OC:s nuvarande uppgifter finns vissa där den solidariska finansieringen inte lever upp till tydligare kriterier. Det gäller bl a kostnaderna för arbetet med kvalitetsregister och vårdprogram. För OC:s del kommer de olika frågeställningarna att lösas ut i planeringen av RCC Syd och finansieringen av denna. Denna bredning kommer även att inkludera de uppgifter och kostnader som är förknippade med gynekologisk cellprovskontroll. För AMM och i viss mån Yrkesdermatologin krävs en fördjupad beredning.

Fortfarande finns en låg grad av transparens i flera verksameters budgetering och nedbrytning av det solidariskt finansierade uppdraget och, som en följd av detta, också i uppföljningen. För de verksamheter som även fortsättningsvis föreslås finansieras solidariskt bör genomskinligheten i hanteringen av uppdrag och budget vara ett villkor för utbetalning av avsatta medel.

I verksamheternas återkoppling på arbetsgruppens preliminära förslag fanns, flera skrivningar om hur viktiga de aktuella tjänsterna är för patienterna/hälso- och sjukvården och med vilken kvalitet de utfördes. Lagda förslag om en verksamhet ska finansieras solidariskt eller inte, har dock ingenting med behovet av aktuella tjänster att göra eller med vilken kvalitet de utförs.

De solidariskt finansierade verksamheterna tillgodoser angelägna eller mycket angelägna hälso- och sjukvårds eller samhällsbehov. I de fall den solidariska finansieringen föreslås upphöra eller justeras är det finansieringssättet som bedömts vara mindre ändamålsenligt eller att verksamhetens uppdrag behöver justeras. Dessa verksamheter bör erhålla normal vårdersättning eller, om de inte primärt arbetar med patienter, ändå finansieras genom patientersättningen eller på annat sätt, t ex genom anslag från Region Skåne/SUS/Labmedicin, direktavtal med olika huvudmän och/eller intäktsfinansiering. Om inte kriterierna för soli-

⁵ I Södra sjukvårdsregionen är RCC fortfarande en projektorganisation. I övriga sjukvårdsregioner är RCC en del av den ordinarie verksamheten.

darisk finansiering tillämpas med större precision finns heller inget utrymme för att bevilja solidarisk finansiering till nya verksamheter som uppfyller kriterierna.

En reflektion som gjorts vid genomgången är att den solidariska finansieringen i vissa fall kan bidra till inlåsnings effekter genom att budgetdialogen förs med SRVN:s kansli i stället för med aktuellt förvaltning/huvudman. Ibland behöver huvudmannen för verksamheten ta ett större grepp över verksamhetsområdet och ta fram en utvecklingsstrategi och en idé om hur arbetsfördelningen mellan berörda kliniker ska se ut. Genetiska kliniken, som är verksam inom det expansiva området gendiagnostik och genetisk vägledning, är det tydligaste exemplet.

Solidarisk finansiering får inte ses som en ”fri nyttighet” för verksamheterna och ett skydd från förvaltningarnas prioriteringar och krav. Hälso- och sjukvårdens tjänster ska genomföras och finansieras därför att de tillgodoser viktiga behov och har god evidens för effekt och kostnadseffektivitet. De måste också anpassas till huvudmännens sammantagna ekonomiska resurser. Det är därför av stor vikt att varje sjukvårdsverksamhet kan prövas och prioriteras i en gemensam process hos huvudmännen och deras förvaltningar. Detta gäller oavsett om besparingar står på agendan eller om huvudmännen befinner sig i en mer expansiv fas.

Verksamheter för vilka solidarisk finansieringen bedöms som lämplig för hela eller delar av verksamheten

Regionalt biobankscentrum (RBC)

Regionalt biobankscentrum utvecklar och vidmakthåller system för kvalitetssäkring och integritetsskyddad forskningsanvändning av biobanksmaterial. För att tillgodose kraven i lagstiftning och föreskrifter från Socialstyrelsen har Södra sjukvårdsregionen/Region Skåne och Lunds Universitet överenskommit om att inrätta ett gemensamt biobankscentrum för Södra sjukvårdsregionen.

Enheten fanns initialt inom Onkologiskt centrum, men placerades vid Laboratoriemedicin Skåne 2011-01-01, som även blev organisatoriskt ansvarig för Region Skånes biobank vid samma tidpunkt. Det innebär, enligt verksamheten, att kompetensen inom biobanksområdet nu är samlad i samma organisation. Närheten till universitetet, medicinsk fakultet, universitetssjukhus samt Etikprövningsnämnd anses vara gynnsam för forskning och utveckling.

Biobankscentrum erhåller för närvarande cirka 3,38 Mkr i solidarisk finansiering. Ingen egen forskning bedrivs vid verksamheten. De särskilda ALF-medel för infrastrukturen på 1,7 Mkr, som tidigare gick till RSKC, ligger i verksamhetens driftsbudget för 2012. Det finns stora investeringsbehov i den nya biobanksstrukturen och hur det som inte faller inom RBC ska hanteras i ett längre perspektiv kräver en särskild beredning.

Bedömning

Biobanksregistret är en angelägenhet för alla huvudmän i sjukvårdsregionen. Verksamheten är tydligt lag- och författningsreglerad och är lämplig att driva på regional basis och med solidarisk finansiering.

Regional organisation för donation – organ och vävnader

Framväxten av de olika organisationerna för donation har skett stegvis och varit kopplad till olika nationella projekt och bidrag. Idag finns en regional styrgrupp för organdonation och en för vävnadsdonation. Grupperna samordnas av regionalt donationsansvarig läkare (R-DAL) och en regionalt donationsansvarig sjuksköterska (R-DAS).

I styrgruppernas uppdrag ingår bl a

- Kvalitetssäkring av donationsprocessen
- Kontinuerligt genomföra utbildningar, seminarier och erfarenhetsutbyten mellan intressenterna

- Aktivt verka för diskussioner om etik och policy kring förutsättningarna för donation av organ respektive vävnader.
- Ingå i nätverksarbete på regional, nationell och internationell nivå.

Den solidariska finansieringen uppgår till 2,15 Mkr för 2011. Den gäller i första hand heltidstjänsterna som R-DAL och R-DAS samt flera av de aktiviteter som styrgrupperna tar initiativ till.

Enligt verksamhetens styrgrupper är kunskapen om donation varken tillräckligt utbredd eller djup. Organ- och vävnadsdonation har hittills huvudsakligen varit etablerat inom anesthesi och intensivvårdsenheterna, men det behövs en större förankring inom de kliniska specialiteter som är mottagare av olika organ och vävnader.

I Södra sjukvårdsregionen finns det donationsansvariga på alla sjukhus, men alla sjukhus har inte både läkare och sjuksköterska för dessa uppgifter. Även om skriftliga uppdrag oftast finns för dessa, finns inga formella krav på en koppling mellan den regionala strukturen för verksamheten och sjukhusets rutiner för detta.

Det har funnits och finns nationella initiativ och uppdrag inom området. Lag (2008:286) om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler tillkom bl a utifrån EUs vävnadsdirektiv. De aktuella verksamheterna har fått och får fortfarande statsbidrag för att stimulera uppbyggnaden av verksamheten. Det senare gäller framför allt vävnadsdelen där investeringar i vävnadsbanker och fungerade register och rutiner har haft hög prioritet.

Bedömning

Verksamheten är viktig för att sprida kunskap om donationer i hela sjukvårdsregionen samt för att upprätthålla nätverk och ändamålsenliga donationsrutiner.

Ytterst är det patienterna som har störst nytta av en väl fungerande donationsprocess och inom hälso- och sjukvården torde det vara SUS, vars verksamheter kräver mest organ och vävnader för patientverksamheten. Uppdraget att driva nätverken och att ansvara för R-DAL och R-DAS borde därför ligga på SUS och inte som idag i praktiken på SRVN. Det är dock viktigt att särskilja organdonation från transplantation, d v s själva organanvändningen.

I princip skulle kostnaderna för donationsverksamheten kunna räknas in i underlaget för olika organ- och vävnadstransplantationer i den regionala prislistan och vårduppdraget från Region Skåne. En sådan lösning riskerar dock att påverka det regionala engagemanget i frågan. Bedömningen är därför att en fortsatt solidarisk finansiering är den mest lämpliga, åtminstone de närmaste åren.

Arbets- och miljömedicin (AMM)

Uppdraget

Arbets- och miljömedicin är den verksamhet som erhåller den största solidariska finansieringen och har sedan flera år uppdraget från SRVN att

- utreda enskilda patienter eller grupper med misstänkt arbetsmiljö- eller miljöorsakad ohälsa,
- förebygga ohälsa betingad av arbetsmiljön och den allmänna miljön och
- vara ett i första hand regionalt, men på vissa områden även nationellt och internationellt kompetenscentrum, som både skapar och sprider kunskap.

AMM arbetar nära Avdelningen för Arbets- och Miljömedicin inom medicinska fakulteten vid Lunds Universitet. Enligt hemsidan är det en ”integrerad klinisk verksamhet och forskning” (<http://www.ammlund.se/>).

Klinikens breda och ambitiösa målbeskrivningar skiljer sig t ex från motsvarande verksamheter i Västra Götalandsregionen, Sydöstra sjukvårdsregionen och i Uppsala-

Örebroregionen (Örebro), som inte har motsvarande skrivningar om regionalt eller på vissa områden nationellt och internationellt kunskapscentrum.

I Uppsala sägs att verksamhetens övergripande funktion är att utgöra ett kunskapscentrum och en expertfunktion för övriga aktörer i upptagningsområdet som arbetar med att förebygga sjukdom och dålig hälsa relaterat till arbetsliv och miljön inom- och utomhus.

Stockholms läns landsting (SLL) har tagit ytterligare ett steg då man en stor del av folkhälsoverksamheten överfördes till Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Här bedriver Arbets- och miljömedicin vid Institutionen för folkhälsovetenskap forskning och utbildning i syfte att öka kunskapen om samband mellan arbete, miljö och hälsa⁶. Flera av medarbetarna är också verksamma vid Samhällsmedicinska kliniken patientmottagning. Den sistnämnda bildades vid Karolinska Universitetssjukhuset 1 januari 2009 för att svara för patientverksamheten när övriga delar av landstingets tidigare *Centrum för Folkhälsa* överfördes till Karolinska Institutet. En av huvuduppgifterna omfattar patientverksamhet/utredning inom Arbets- och miljömedicin respektive Arbets- och miljödermatologi.

Överflyttningen av folkhälsoverksamheten har dock inte utfallit på det sätt som avsågs, och avtalet mellan Stockholms läns landsting och Karolinska institutet har hävts i förtid, 31 mars 2012. Återföring av alla verksamheter som 2009 övergick till KI (däribland den hela Arbets- och miljömedicinska samt den miljödermatologiska verksamheten) till SLL kommer att ske.

Specialiteten arbets- och miljömedicin

Arbets- och miljömedicin blev from 2006-07-01 en ny läkarspecialitet vilken ersatte de tidigare specialiteterna yrkes- och miljömedicin samt företagshälsovård.

Specialiteten arbets- och miljömedicin omfattar fördjupade kunskaper och färdigheter om hur faktorer i den allmänna fysiska miljön och arbetsmiljön påverkar hälsotillståndet, funktions- och arbetsförmågan hos individer och grupper i befolkningen samt utredning, behandling och uppföljning av vissa miljörelaterade sjukdomar och skador.

Specialiteten är inriktad på bedömning av samband mellan miljö och hälsa och innefattar prevention, arbetslivsinriktad rehabilitering, bedömning av arbetsförmåga och övrigt hälsofrämjande arbete. Specialiteten integrerar medicinsk kunskap om arbetsorganisation, beteendevetenskap, ergonomi, kemi, teknik och toxikologi, samt av en samordning av resurser och kunskaper från olika medicinska verksamhetsområden och andra samhällssektorer.

Andra aktörer

Primärvård och företagshälsovård är de primära vårdnivåer där frågor om arbets- och miljörelaterad ohälsa i befolkningen kan uppmärksammas. Det finns fler viktiga aktörer inom området. Kommunerna arbetar med tillståndsgivning och tillsyn utifrån miljöbalken. Länsstyrelsen ansvarar för tillsynsvägledning enligt miljöbalken och Socialstyrelsen är central tillsynsvägledande myndighet. Arbetet gäller bl a hälsoskydd och miljöpåverkande ämnen samt objektburen smitta. Detta sker främst utifrån miljöbalken, men också utifrån bl a Livsmedelslagen.

Medan kommunen i sina uppgifter har ett ansvar för den yttre miljön fokuserar Arbetsmiljöverket på att företagen följer gällande arbetsmiljö- och arbetstidslagstiftningar. Utifrån Miljöbalken har man ett ansvar för frågor om genteknik och bekämpningsmedel. Arbetsmiljöverket utfärdar också föreskrifter som även är juridiskt bindande. Verkets arbetsmiljöinspektörer kontrollerar att Arbetsmiljölagen och föreskrifterna följs.

Det är arbetsgivaren som har huvudansvaret för arbetsmiljön och lagstiftningen ställer stora krav på arbetsgivare när det gäller arbetsmiljön och hanteringen av farliga ämnen och produkter. Detta innefattar företagshälsovården. I lagen om företagshälsovård (1383/2001) stadgas bl a att arbetsgivaren är skyldig att på egen bekostnad ordna företagshälsovård, att yrkesutbildande personer och sakkunniga ska anlitas i verksamheten samt att kostnaderna

⁶ http://ki.se/content/1/c6/03/57/12/Infoblad_om_Arbesochmiljomedicin_KI.pdf

för företagshälsovården delvis ersätts av sjukförsäkringen. Syftet med det senare är att stöda genomförandet av företagshälsovård på arbetsplatserna. Ersättning för företagshälsovård betalas dels för kostnaderna för företagshälsovård som det är arbetsgivarens skyldighet att ordna, dels för sjukvård och annan hälsovård.

Arbetsmiljölagen stadgar att arbetsgivaren ska svara för att ”den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver” finns att tillgå. Tillgången till företagshälsovård varierar mellan olika yrkesgrupper och i den skånska arbetande befolkningen saknade år 2008 var tredje arbetstagare tillgång till företagshälsovård. Även omfattning och innehåll i de företagshälsovårdstjänster som erbjuds de anställda varierar utifrån både bransch och ambitionsnivå.

Verksamheten

En viktig del verksamheten består av arbetsmedicinska utredningar som görs av läkare. I dessa ingår ofta laboratorieprover och vissa tester, t ex för allergi. De arbetsmedicinska utredningarna kan kompletteras med utredningar av yrkeshygieniker, ergonomer och beteendevetare, som innebär att förhållandena på arbetsplatsen undersöks.

Under perioden 2009-2011 kom 35 % av remisserna från företagshälsovården, 23 % från primärvård och 23 % från sjukhuskliniker. Remisser från skyddsombud eller andra fackliga företrädare utgjorde 4 %, lika många som andelen egenremisser.

Vad gäller den miljömedicinska verksamheten består motsvarande ”inkommande ärenden” av frågeställningar från enskilda personer, vilka oftast kan handläggas konsultativt, samt ärenden från kommuner och länsstyrelser. Dessa kan gälla behov av miljömedicinska bedömningar vid exempelvis förorenad mark i bostadsområden, störning av buller från trafik och vindkraftverk, samt hälsoeffekter av lokala utsläpp och luftföroreningar. Kliniken har också gjort lokala rapporter efter Region Skånes och landstingens deltagande i nationella befolkningsbaserade miljöhälsoenkäter.

En viktig del av den arbetsmedicinska och miljömedicinska verksamheten är ”jourverksamheten”, vilket innebär telefonrådgivning av läkare och yrkeshygieniker till enskilda (ofta hänvisade till kliniken av Giftinformationscentralen), hälso- och sjukvårdens aktörer och till arbetsplatser. Funktionen motsvarar närmast en ”sjukvårdsupplysning” i arbets- och miljömedicinska frågor, men kan också leda till mer omfattande konsultativt stöd (cirka 100 ärenden/år).

Det förebyggande uppdraget innebär bl a att klinikens medarbetare genomför informations- och utbildningsinsatser i arbets- och miljömedicinska frågor genom att anordna temadagar för företagshälsovårdens personal, anordna spirometriutbildningar och utbildningsdagar med fokus på områden som omfattas av lagstadgade medicinska kontroller. För dessa kurser tas avgift ut. Vidare medverkar klinikens personal vid grund- och vidareutbildningar av hälso- och sjukvårdens medarbetare. Klinikens personal medverkar vid föreläsningar för allmänheten, och kontaktas ofta såsom experter av massmedia.

Verksamheten vid klinikens laboratorium är inriktad på analys av miljögifter i biologiskt material, oftast i blod och urin. Detta sker genom rutinmässigt utförda serviceanalyser, kontinuerlig utveckling av nya analysmetoder samt en beredskap för att snabbt utveckla och analysera substanser vid akuta situationer.

Den arbets- och miljömedicinska verksamheten är sålunda bred och omfattande. De ambitiösa uppdragsformuleringarna i nuvarande uppdrag sammanfaller med att verksamheten har ett större tjänsteutbud än landets övriga arbets- och miljömedicinska kliniker. Det gäller bl a allt sådant som har att göra med den yttre miljön, stress- och beteendemedicin, ergonomi, gruppundersökningar och eget laboratorium.

Stora gruppundersökningar – ett aktuellt exempel är kassaarbete i livsmedelsbutik – är mycket ovanliga inom andra motsvarande verksamheter i andra sjukvårdsregioner. Där- emot är det en vanligt förekommande forskningsaktivitet, om än med något ytterligare preciserade frågeställningar.

Verksamheten anser att den solidariska finansieringen bidrar till den långsiktiga ekonomiska trygghet som behövs för att kunna bygga upp och vidmakthålla en verksamhet på hög nivå, med god tillgänglighet för avnämarna. För landstingen/Region Skåne innebär denna finansieringsform också att gemensamma resurser finns att tillgå även vid oförutsägbara/oplanerade ökade behov av arbets- och miljömedicinskt arbete (t ex händelsen vid Hallandsåsen).

Enligt årsredovisningen för 2011 har klinikens personal tillbringat sammanlagt mer än 526 årsarbetsdagar ute på arbetsplatser inom Södra sjukvårdsregionen, inkl kontakter med externa aktörer och externa utbildnings- och informationsinsatser. Den individrelaterade mottagningsverksamheten har minskat något, men under året gjordes 250 nybesök, 152 återbesök och 545 arbetsplats- eller andra externa besök, på arbetsplatser och totalt gjordes 947 läkarundersökningar och 112 yrkeshygieniska utredningar. De vanligaste besvärsgrupperna bland de remitterade patienterna är luftvägsbesvär (42 %), och vibrationsskador (25 %). Vanligt är också belastningsskador (10 %). Även problem med buller, giftiga metaller eller andra ämnen i förorenad mark samt kemiska bekämpningsmedel i dricksvatten och föda förekommer. Cirka 10 procent av remisserna avböjs. Detta sker nästan alltid genom personlig kommunikation och klargörande av alternativa sökvägar.

Placeringen inom Labmedicin Skåne uppfattas som rimlig, framför allt utifrån det miljöanalytiska laboratoriet och tillhörande nätverk samt kommande IT-system. För den molekylärbiologiska och genetiska verksamheten finns också fördelar med kompetensnätverk. Det finns vidare en likhet mellan AMM och de kliniska laboratorierna samt Vårdhygien, i det att alla verksamheterna aktivt arbetar för att nå sina kunder med kunskapsförmedling och dialog kring bästa användningen av resurser för förebyggande arbete, vård och utredning och behandling.

Verksamheten erhöll 2010 32 Mkr i solidarisk finansiering, den i särklass största posten för alla verksamheter med denna finansiering. Utöver verksamhetsbidraget gjorde försålda analyser, uthyrning av personal, ALF-medel och genomförande av utbildningar att verksamhetsomsättningen blev totalt 42,8 Mkr.

2011 hade omsättningen ökat till 46 Mkr, med bibehållen solidarisk finansiering. ALF-medel och klinisk forskningstid, som sysselsätter verksamhetens personal uppgick till 2,4 Mkr. Återsökta löne-medel för personal som involverades i forskningsprojekt där anslagen ligger på universitetets forskare uppgick till 5,4 Mkr, medan återsökta hyror och driftsmedel, som inte täcktes av ALF-medel uppgick till 0,14 Mkr. Ersättning för uppdrag från myndigheter, länsstyrelse och kommuner uppgick till 0,62 Mkr.

Klinikens redovisning är i dagsläget inte transparent och uppbyggnaden av den ger inte möjlighet att följa det solidariskt finansierade uppdraget. Enligt verksamhetens egna uppskattningar varierar graden av solidarisk finansiering per sektion med mellan 45 och 95 procent. En ny redovisningsstruktur ska dock tas fram och ansvarskoder byggas upp på kliniken, där solidarisk finansiering har egna unika koder på samma sätt som exempelvis inom Klinisk genetik. Bedömningen är att utformningen av kodstrukturen kan vara klar i februari 2012 och att införandet därefter kan ske senast vid årsskiftet 2012/13.

Landstinget Halland har en egen arbets- och miljömedicinsk mottagning, som är knuten till medicinkliniken vid Hallands sjukhus Halmstad med ansvar för hela länet. Detta förhållande påverkar beräkningen av huvudmännens bidrag till den solidariska finansieringen av AMM i Region Skåne.

För specialistvården inom Arbets- och miljömedicin utgår ingen patientavgift. Inte heller belastas företagen av avgifter från landstinget för de medicinska och yrkeshygieniska utredningarna. Med denna kostnadsstruktur finns sannolikt incitament för företagshälsovården att remittera ärenden till Arbets- och miljömedicin, även sådana som skulle kunna hanteras på den primära vårdnivån. Verksamheten efterfrågar dock regelmässigt de utredningar och riskbedömningar som det åligger arbetsgivaren att göra i samband med inkommande remisser och vid arbetsplatsbesök.

Det finns en gråzon mellan vad som bekostas genom solidarisk finansiering och vad som finansieras på annat sätt. Ett exempel på detta är gruppundersökningarna. Det är svårt att skilja ut vad som är en del av hälso- och sjukvårdsuppdraget och vad som tillhör forskningen och Avdelningen för Arbets- och Miljömedicin inom Medicinska fakulteten. Som jämförelse kan nämnas att för Arbets- och miljömedicin i Uppsala tydliggörs denna problematik mycket tydligt redan på deras hemsida. Här framgår att verksamhetschefen även är forskningsgruppsledare och att Arbets- och miljömedicin ”är också en forskargrupp inom Institutionen för medicinska vetenskaper vid Uppsala universitet”⁷. Motsvarande förhållanden finns i Västra Götalandsregionen.

Integrationen av klinisk verksamhet och forskning är en del av universitetssjukhusets signum. Det nära sambandet förutsätter dock att verksamheterna finansieras separat och korsfinansiering inte uppstår i praktiken, dvs att medel avsedda för klinisk verksamhet används för forskningsuppgifter eller för att finansiera en stödstruktur för forskningsaktiviteter. Forskning eller forskningsliknande uppgifter som finansieras av driftsbudgeten, bedöms inte i en transparent process tillsammans med andra forskningsansökningar. Det innebär sålunda inte bara en diskutabel användning av driftsmedel, utan också att grundläggande rutiner för selektionen av forskningsprojekt sätts ur spel.

Bedömning

Det framgår av redovisningen ovan att nuvarande solidariska finansiering av AMM kräver ytterligare beredning och överväganden innan slutlig ställning kan tas till vilka delar av verksamheten som bör finansieras solidariskt och även sådant som berör verksamhetens uppdrag och organisation.

AMM:s placering är ur verksamhetssynpunkt tillfredsställande, men samtidigt finns stora kulturskillnader mellan den intäktsfinansierade laboratoriemedicinen och den solidariskt finansierade verksamheten. Dessutom behöver gränssnittet till Yrkes- och miljödermatologins samhällsuppdrag utredas vidare.

AMM:s kärna är väl anpassad för solidarisk finansiering, men verksamhetens brett formulerade uppdrag och storlek, otydliga gränser mellan klinik och en omfattande forskning samt bristande transparens i redovisning/uppföljning, är i sig skäl att mer ingående analysera vilka tjänster som idag finansieras solidariskt.

Kliniken spänner över ett stort område, både verksamhets- och forskningsmässigt. Nuvarande uppdrag är i praktiken oändligt och verksamheten gör, utöver den remissdrivna delen, själv sina prioriteringar kring de arbetsmiljöområden man vill arbeta med. Det saknas idag en bredare bedömning av klinikens verksamhet liksom en prioritering av klinikens delverksamheter. Det är knappast rimligt att upprätthålla bilden av ”kunskapscentrum” inom alla delverksamheter, varför frågan om prioriteringar behöver hanteras redan i den övergripande uppdragsbeskrivningen.

Det föreslås att den fördjupade beredningen bör uppehålla sig vid följande frågeställningar och förslag:

1. Uppdraget

Dagens ambitiösa formuleringar kring ”kompetenscentrum” har bidragit till att AMM utför fler tjänster och har större bredd än motsvarande verksamheter i andra sjukvårdsregioner. De forskningsnära gruppundersökningarna är bara ett av flera exempel. Ambitionen att vara ”i första hand ett regionalt, men på vissa områden även nationellt och internationellt kunskapscentrum” är inte nödvändigtvis Regions Skånes och de ingående landstingens primära uppdrag till verksamheten. Denna del är snarare knuten till universitetet och Avdelningen för Arbets- och Miljömedicin vid Medicinska fakulteten. Det viktiga är att verksamheten kan dra nytta av forskningens resultat. Ett klagörande av den framtida finansieringen av Arbets- och miljömedicin är sålunda inte endast en fråga för sjukvårdshuvud-

⁷ <http://www.amm uppsala.se/default.asp?headId=2>

männen i sjukvårdsregionen, utan också för universitetet. Det är därför angeläget att fortsatt beredning också sker i dialog med universitetsföreträdare.

En utgångspunkt för ovanstående är att sjukvårdshuvudmännen genom SRVN inte bör finansiera forskning eller en infrastruktur för forskning, såvida det inte sker via ALF-medel eller klinisk forskningstid. Detta motiveras dels av regelverket för solidarisk finansiering, dels av att finansieringen av forskningsprojekt och annat stöd till dessa, ska ske i en transparent process där forskningsmedlen fördelas utifrån projektens bedömda kvalitéer.

Det är viktigt att AMM:s solidariskt finansierade uppdrag förtydligas och avgränsas. Sammanfattningsvis bör prövas (a) om varje deluppdrag och/eller delverksamhet bör ingå i klinikens framtida uppdrag, (b) vilka av dessa uppdrag som bör finansieras solidariskt respektive på annat sätt och (c) om nuvarande arbetsfördelningen mellan klinik och akademi är rimlig utifrån nuvarande solidariska finansiering från Södra sjukvårdsregionens huvudmän.

2. Solidarisk finansiering av samhällsuppdraget och vårdersättning av det kliniska uppdraget

Kärnan i AMM:s verksamhet och motivet för den solidariska finansieringen, ligger i samhällsuppdraget. Det vill säga att utreda och analysera samband mellan arbetsmiljön och individers sjukdomar. Detta sker systematiskt i de arbets- och miljömedicinska utredningarna samt i det förebyggande arbetet.

Den kliniska verksamheten med arbetsmedicinska utredningar handlar främst om att utreda den enskilda patientens symtom och vad denne eventuellt varit exponerad för. Det bör prövas om (a) det kliniska uppdraget ersättningsmässigt kan skiljas från samhällsuppdraget och (b) om det kliniska uppdraget kan behandlas som övrig klinisk verksamhet och ersättas genom Regions Skånes vårduppdrag och av övriga landsting genom regionprislistan samt (c) hur detta möjliggör mer tillförlitliga volymbedömningar och ersättningsberäkningar som bättre motsvarar kostnaden för de utförda tjänsterna.

3. Ökade intäkter från de som använder verksamhetens tjänster

AMM:s huvudsakliga intäkt är den solidariska finansieringen. I övrigt tillkommer intäkter för laboratorieanalyser, som inte är en del av individutredningar, samt ersättningar för utbildningar, konferenser och utredningar av olika slag. Ovan har föreslagits att en växling mellan solidarisk finansiering och vårdersättning bör prövas för det kliniska uppdraget. I övrigt har AMM inga intäkter varken för de yrkeshygieniska utredningarna eller för gruppundersökningarna.

Utöver vad som föreslagits under punkt 2 bör möjligheter till ökad intäktsfinansiering prövas mer systematiskt från företagen, Företagshälsovården, kommunerna och övriga som utnyttjar AMM:s tjänster. Företagen har ett stort tvingande ansvar för arbetsmiljön och för företagshälsovården, som dessutom delfinansieras via sjukförsäkringen. Det bör också undersökas om intäkterna för de tjänster som idag faktureras täcker de faktiska självkostnaderna. Detta bör prövas även inom områden som inte direkt faller under vad som bör finansieras solidariskt (t ex gruppundersökningar).

4. Gränssnittet och ansvar i förhållande till övriga aktörer

När AMM accepterar en remiss tar man över såväl utredningen som kostnaderna för denna. Det finns sålunda incitament från framför allt företagshälsovården att remittera ärenden till AMM. Ur ekonomisk synvinkel är det också fördelaktigt för företagen.

Den kompetens- och kapacitetsbrist som finns inom företagshälsovården vad gäller läkar- och arbetsmiljöingenjörskompetens, är också ett incitament för AMM att utveckla sina tjänster gentemot företagshälsovården ytterligare. Det gäller t ex utbildning, konsultation och stöd vid implementering av evidensbaserade metoder. Detta har också stor relevans för punkt 3 ovan.

Det är dock inte bara gränssnittet, ansvaret, arbetsfördelningen och gränssnittet till företagshälsovården som behöver förtydligas. AMM tar ett stort ansvar för sådant som också ligger i utkanten av det solidariskt finansierade uppdraget, sådant som andra myndigheter eller instanser har ett ansvar för. Det senare gäller t ex insatser som rör den yttre miljön, vilket är kommunernas ansvarsområde. AMM:s kostnader för dessa insatser debiteras inte kommunerna. Verksamhetens specialisttjänster är givetvis värdefulla för kommunerna, men om de faller under hälso- och sjukvårdsuppdraget kan diskuteras. Alternativa finansieringsvägar, som bör prövas för detta, är att avgiftsbelägga tjänsterna eller att göra överenskommelser med berörda kommun- och regionförbund kring hur dessa kan tillskjuta medel för aktuella tjänster.

Sammantaget behöver AMM systematiskt definiera ansvarsgränser, arbetsfördelningen med och kostnadsersättningar gentemot alla aktörer, d v s

- Arbetsmiljöverket
- Länsstyrelserna
- Kommunerna
- Företagshälsovården
- Enskilda företag

En del av gränssnittsöverenskommelserna, särskilt de med företagshälsovården, handlar också om vilka indikationer som ska gälla vid remittering till AMM.

Gränssnittet till akademien - Avdelningen för Arbets- och Miljömedicin vid Medicinska fakulteten – har redan behandlats under punkt 1.

5. Organisation

Slutligen bör utredas vilka synergier som kan finnas i en sammanläggning av AMM och Yrkes- och miljödermatologin (YMDA) eller delar av dessa verksamheter. Bägge har identiska samhällsuppdrag och arbetar med liknande utredningsprocesser. En viktig skillnad är att YMDA har en större klinisk verksamhet, som finansieras genom vårdersättning, medan AMM:s kliniska del finansieras solidariskt. Avgiftsbefrielse gäller för bägge verksamheter när frågeställningen är arbets- och miljörelaterad hälsopåverkan. Bägge verksamheter har väl utvecklade laboratorier som kompletterar varandra.

Yrkes- och miljödermatologi (YMDA)

Yrkes- och miljödermatologiska avdelningen (YMDA) är en del av Hudkliniken vid SUS/Malmö. YMDA:s verksamhet består både av traditionell sjukvårdsverksamhet som ersätts per patientbesök och den del av verksamheten som finansieras solidariskt. Till skillnad från Arbets- och miljömedicin finns en stor klinisk verksamhet. Huvudmännens ersättningar för den kliniska delen utgör 73,2 procent av verksamhetsomsättningen.

Den yrkesdermatologiska verksamhetens huvuduppdrag är förbättrad diagnostik, behandling, rehabilitering samt individuell och generell prevention. Inom den miljödermatologiska delen är skillnaden att behandling/rehabilitering bortfaller.

En viktig skillnad i förhållande till AMM är att YMDA arbetar med det utanpåliggande organet (huden) och de förstnämnda arbetar med de som finns inuti kroppen. Det innebär att skadefaktorerna i huvudsak är olika, medan det toxikologiska arbetssättet samt kontakterna med arbetslivet och samhället är relativt likartade.

Den metodutvecklingen som sker inom YMDA finns i gränlandet mellan forskning och klinik. När analysmetoder utvecklas som ett led i diagnostiken och sekundärpreventionen för individer och grupper tillhör det den kliniska verksamheten. T ex kan nya hudskadande ämnen utvärderas i olika biologiska testsystem och nya analysmetoder utvecklas. Det skapar i sin tur stora informationsbehov till arbetsmiljöns olika intressenter.

Verksamheten omsätter, exklusive forskningsdelen, 15,76 Mkr. Forskningsmedel tillkommer om 1,24 Mkr, exklusive de medel som universitet förfogar över. Av intäkterna utgörs drygt 4,16 Mkr av solidarisk finansiering.

Fick YMDA bestämma vore eget verksamhetsområde att föredra. Det skulle dock inte bidra till att förtydliga den solidariskt finansierade verksamheten i relation till den övriga verksamheten och inte heller att möjliga synergier med AMM prövades och eventuellt realiserades. YMDA stora kliniska verksamhet med olika arbetsrelaterade hudsjukdomar gör att verksamheten ändå ligger nära hudklinikens arbete.

I redogörelsen för de olika deluppgifterna har verksamheten har kalkylerat hur stor andel av den solidariska ersättningen som används till vad. Bl a för information/rådgivning (35 %), förbättrad utredning/biologiska testsystem (31 %), utveckling och tillämpning av kemiska analysmetoder (15 %), arbetsplatsbesök (7 %), arbetsplatsundersökningar (2,5 %) etc.⁸ Dessutom äskas resurser för särskilda projekt i varje budgetarbete. I den ekonomiska redovisningen är det svårt att följa detta. Däremot sker en årlig redovisning av patientbesök, antal testade patienter, genomförda utbildningar/föreläsningar etc.

De solidariskt finansierade delarna av verksamheten uppfyller de kriterier som satts upp för denna typ av verksamhet. En svårighet är att de är inbäddade i en dominerande klinisk verksamhet och därför svåra att kalkylera och följa upp.

Bedömning

Det är rimligt att YMDA:s samhällsuppdrag även i fortsättningen finansieras solidariskt av huvudmännen.

Den beredning som föreslagits kring AMM uppdrag och organisation kan även påverka YMDA. I beredningen ligger att undersöka synergier mellan båda verksamheternas genomförande av sina samhällsuppdrag. Här finns flera parallella processer som rör prevention, utbildning och utredning av fysiska och kemiska förhållandens påverkan på hälsan samt utveckling av analysmetoder och information. Oavsett om verksamheterna delas upp i en klinisk och en yrkes-/miljömedicinsk del eller inte, finns anledning att definiera de gemensamma processerna. I dagens organisation finns risk för såväl dubbelarbete som att erfarenheter inte tas tillvara systematiskt.

Precis som för AMM bör även prövas i vilken grad företagen/Företagshälsovården bör betala för eller delbetala för arbetsplatsutredningarna.

Onkologiskt centrum (OC)

OC är idag en regional enhet med uppdrag att insamla, utvärdera och presentera information om cancersjukdomarna och cancersjukvården. Verksamheten hade 2010 en solidarisk finansiering om 13,25 Mkr. Det motsvarar nästan hela verksamhetens omsättning. Endast 0,34 Mkr tillkommer i övriga intäkter. Verksamheten har inte forskningsledig personal.

OC:s uppgifter omfattar idag följande verksamhetsområden:

- Cancerregistret (tumörregistret)
- Kvalitetsregistren
- Vårdprogramarbetet
- Beskrivnings- och analysarbetet
- Forskningsstöd

Enligt OC är dagens inplacering i SUS organisation inte optimal, eftersom verksamheten är en regional och SUS en av avnämarna. Det är ett av skälen till att OC, enligt nuvarande organisationsplan för RCC Syd, kommer att bli en del av denna verksamhet.

RCC Syd kommer att ges en fristående ställning och få en egen styrelse bestående av landstingsdirektörerna, representanter för olika specialiteter och en för SUS. SRVN har

⁸ Uppgifterna gäller 2006.

uppdraget att förhandla fram RCC Syds uppdrag och budget utifrån de ramar som ges av givits av Socialdepartementet⁹. Sjukvårdshuvudmännen i Södra sjukvårdsregionen har överlåtit åt SRVN att fatta det slutgiltiga beslutet om uppdrag och budget.

Från RCC Syd har framhållits att nuvarande OC/Tumörregistret inte har någon funktion som motsvaras av de nationella kännetecknen för ett RCC, att risken för parallell verksamhet är minimal och att OC/Tumörregistret fungerar som en serviceorganisation till andra vårdaktörer.

OC:s olika verksamhetsdelar är i större eller mindre grad förenliga med kriterierna för solidarisk finansiering. Arbetet med det författningsstyrda cancerregistret är den som tydligast motiverar den solidariska finansieringen. Kostnaderna för kvalitetsregister ska i första hand bestridas genom medel som staten och huvudmännen avsatt och som fördelas genom Beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister vid SKL samt av de anslutna klinikerna. Traditionellt har bidragen till cancerregistren varit låga och det har funnits en förväntan från Beslutsgruppen att Onkologiska Centra ska ta dessa kostnader. Detta förändras nu successivt så cancerregistren i större grad jämföras med andra kvalitetsregister. Regeringen och huvudmännen ökar samtidigt anslagen till kvalitetsregistren väsentligt för 2012 och 2013, vilket också kan bidra till att förbättra cancerregistrens ekonomi.

Cancerregistret kopplas i allt större utsträckning till kvalitetsregistren. Ett nationellt arbete pågår om att föra över de sex regionala cancerregistren, som körs i fem olika tekniska miljöer, till samma plattform som kvalitetsregistren använder, INCA. Den gemensamma plattformen kommer att underlätta och rationalisera arbetet.

Den kunskapsorganisation som finns kring cancer- och kvalitetsregister arbetar helt regionalt vad gäller information till inrapportörer, rapportering av data etc. Nationellt finns ensamverkan och en arbetsfördelning kring stödet till registrens rapportering. Dessutom arbetar de olika RCC på att få rollen som ett nationellt, alternativt sex regionala, Registercentrum och på det sättet komma i åtnjutande av nationella anslag.

Av budgeterade 1200 timmar som stöd till regionalt vårdprogramarbete användes cirka hälften av OC under 2011.

Genom den planerade lokaliseringen av RCC Syd, inklusive OC/Tumörregistret, inom Medicon Village området, kommer verksamheten närmare såväl de prekliniska forskargrupperna som Epi-centrum och andra liknande grupper. Detta ökar förutsättningarna för ett samarbete och en ökad samlad kompetens inom epidemiologi och registerkunskap och forskning.

Genom den planerade lokaliseringen av RCC Syd, inklusive OC/Tumörregistret, inom Medicon Village området, ökar närheten både till de prekliniska forskargrupperna utan och Epi-centrum och andra liknande grupper. Detta ökar förutsättningarna för ett samarbete och en ökad samlad kompetens inom epidemiologi och registerkunskap/-forskning.

Vidare ska samarbetet med RCC Syd och Ekonomihögskolan utvecklas för att öka möjligheten att göra verksamhetsanalyser för hela Södra sjukvårdsregionen.

Bedömning

Genom skapandet av RCC Syd försvinner OC som organisatorisk enhet och den solidariska finansieringen till enheten upphör med utgången av 2012. De uppgifter som hittills skötts av verksamheten kommer att värderas i ljuset av RCC Syds kommande uppdrag och därefter i vilken grad dessa är lämpliga att finansiera genom SRVN.

Rent praktiskt kommer hela OC att flyttas in i RCC Syd under innevarande år. I vilken utsträckning uppgifter och personer passar den pågående beredningen kring RCC Syds initiala form och uppgifter återstår att se.

⁹ Socialdepartementet promemoria 2011-01-31

Den solidariska finansiering som rör cancerregistret bör fortsätta. De löpande kostnaderna för detta bör minska på grund av den nationella plattformintegrationen till INCA och genom integrationen med kvalitetsregistren. Investeringskostnaderna är dock betydande.

Finansieringen av cancervårdens kvalitetsregister avviker från vad som gäller för övriga kvalitetsregister, men som framgått ovan sker en förändring mot en mer likvärdig hantering av kvalitetsregister från Beslutsgruppens sida. Utöver detta försöker olika RCC på att få rollen som nationellt, alternativt sex regionala, Registercentrum för att komma i åtnjutande av nationella anslag.

Stöd till kvalitetsregister och kvalitetsregisterarbete möter inte kriterierna för solidarisk finansiering. Mot bakgrund av tidigare ekonomiskt stöd till OC och kommande förändringar i den nationella finansieringen, kan det dock finnas skäl att under en övergångsperiod behålla solidarisk finansiering för detta ändamål inom ramen för RCC.

Regionala vårdprogram finns inom många specialiteter och det finns idag inga särskilda argument för att dessa kostnader ska finansieras solidariskt för just cancersjukdomar. Nationella riktlinjer för de fyra stora cancersjukdomarna har dessutom tillkommit under senare år vilket underlättat detta arbete. Arbetet med regionala vårdprogram kräver förvisso resurser, men bedömningen är att dessa inte ska finansieras solidariskt, utan måste ses som en del av samtliga berörda enheters åtagande.

När det gäller beskrivnings- och analysarbete samt stöd eller service till i första hand registerforskning, ingår dessa delar i punkterna 7 och 9 i Socialdepartementets promemoria kring vad som ska känneteckna ett RCC.

Uppdrag och finansieringen av RCC Syd hanteras i särskild ordning.

Gynekologisk cellprovskontroll

Uppdraget för Gynekologisk cellprovskontroll är att ta fram och tolka statistik över det gynekologiska cellprovtagningsprogrammet, återkoppla detta till verksamheten/hälso- och sjukvårdsledningen, vårdprogramsutveckling samt att ansvara för screening-databasen.

Verksamheten omsätter 0,4 Mkr, vilket också är nivån för den solidariska finansieringen. Närmare 40 procent av resurserna utgörs av registerkostnader och kostnader för uppdateringar av hemsidan.

När beslutet fattades 2006 om att inrätta ett Regionalt Cervixscreeningregister placerades detta inom Regionalt Onkologiskt Centrums filial inom laboratoriemedicin vid Universitetssjukhuset MAS i Malmö med uppdrag att svara för uppföljning och utvärdering av screeningverksamheten. Enligt enkätsvaret bör verksamhetens ekonomiska handläggning flyttas över från Labmedicin Skåne till RCC Syd.

Verksamheten har ett regionalt uppdrag och är även kopplad till det nationella registret för gynekologisk cellprovskontroll¹⁰. En väsentlig skillnad mot övriga solidariskt finansierade verksamheter är att Halland inte omfattas, de använder Västra Götalands lösning ("Cytburken").

Den snabba utvecklingen av vätskebaserade cellprov, HPV diagnostik, HPV vaccin, kallellesystem och att krav på uppföljningssystem, både lokalt och till Nationella register, gör att verksamhetens styrgrupp fyller en väsentlig funktion och behöver ekonomiska resurser för att kunna fullfölja nämnda uppdrag.

¹⁰ Det nationella registret har dock inte rapporterat sedan 2007 och då gällde det data från 2006. SKL tillsatte 2012 en nationell arbetsgrupp för cervixcancerscreening med RCC ansvariga för gynekologisk cellprovskontroll som ska se till att det nationella registret åter fungerar och att screeningprogrammen blir nationellt likvärdiga.

Bedömning

Verksamheten är idag en del av den löpande verksamheten och den solidariska finansieringen har bidragit till detta. Den solidariska finansieringen av verksamheten bedöms som rimlig, men den ringa beloppsstorleken ställer frågor om dess ändamålsenlighet. Det är inte rimligt att det begränsade bidraget till verksamheten ska beredas och beslutas av SRVN och sedan i de berörda landstingen som ett separat ärende. Verksamheten hör samman med Onkologiskt centrum och bör tillsammans med denna överföras till RCC Syd. Precis som för OC, innebär detta att den solidariska finansieringen av gynekologisk cellprovskontroll upphör med utgången av 2012 och att ansvaret flyttas till RCC Syd. Under innevarande år bereds RCC Syds verksamhetsinnehåll och kostnader i särskild ordning. Därefter fattas beslut av SRVN om verksamhetens uppdrag och finansiering från de aktuella huvudmännen. För den gynekologiska cellprovskontrollen ska beviljade medel täcka rapporter, uppföljning och utveckling av vårdprogrammet.

Verksamheter för vilka den solidariska finansieringen föreslås upphöra

De bedömningar som görs nedan gäller från 2013. Det innebär att arbetet med att implementera den föreslagna alternativa finansieringen kan fasas in i budgetarbetet för 2013.

Klinisk genetik - genetisk vägledning

Den genetiska kliniken är en del av Labmedicin Skåne. Klinikens mottagning för genetisk vägledning är solidariskt finansierad, liksom laboratorieanalyserna för de onkogenetiska utredningarna. De senare utredningarna dominerar, men verksamheten utreder många olika ärftliga sjukdomar. Idag tar kliniken hela kostnaden för de släktutredningar man genomför inom cancerområdet, inklusive laboriekostnaderna. De flesta labproverna skickas till laboratorier utanför Region Skåne. Utredningarna som gäller bröstcancer analyseras vid Onkologiska klinikkens forskningsavdelning, som är en del av Lunds universitet.

Den genetiska utredningen kan starta både med en individ utan känd sjukdom (men där den finns hos första eller andrageradsläktingar) eller med en patient som själv utvecklat sjukdomen.

Från början fanns inget tydligt uppdrag, utan mer en beskrivning av aktuella verksamhetsdelar. Den solidariska finansieringen tillkom i en oro för att dessa tjänster inte skulle tillhandahållas på ett rättvist sätt, eftersom kostnaden då belastade remittenten fullt ut. Såväl uppdraget som den solidariska finansieringens andel av kostnaderna har successivt ökat. Verksamheten ser även fortsättningsvis ett behov av ett utökat uppdrag. Sedan det första uppdraget från SRVN har antalet sjukdomstillstånd där man har möjlighet att identifiera den underliggande genetiska förändringen mångdubblas och nya tillkommer hela tiden. Ofta är det fråga om sällsynta sjukdomar.

Kliniken erhåller 8,83 Mkr i solidarisk finansiering 2010, vilket utgjorde 23,3 procent av verksamhetsomsättningen. ALF-medel respektive ersättning för klinisk forskningstid är tillsammans 7,41 Mkr. Till detta kommer omfattande forskningsmedel som förvaltas av universitetet som klinikens professorer och halvtidsforskare disponerar för olika forskningsprojekt. Budgetering sker på övergripande kon-tonivå och det går att följa kostnaderna för de onkogenetiska utredningarna.

Kliniken ser en fördel med att de onkogenetiska utredningarna kan drivas oberoende av remitterande enhets vilja att ta på sig kostnaderna för labanalyserna. Antalet remisser ökar vilket inneburit att verksamheten har haft svårt att, inom de ekonomiska ramarna, klara tillströmningen av patienter. Cirka 10-15 procent av remisserna avböjs, nästan alltid med stöd av personlig kommunikation från klinikens läkare.

Den Genetiska kliniken har påpekat att en regelbunden dialog mellan verksamheten och uppdragsgivarna har saknats. Kliniken har haft ett underskott i verksamheten, som främst redovisats för laboratorieanalyserna. För 2012 föreligger ett förslag från Avtalsgruppen att

Klinisk Genetik ska kunna fakturera landstingen inom Södra sjukvårdsregionen ytterligare 3 Mkr för att finansiera de ökade laboratoriekostnaderna. Detta innebär att verksamheten bör vara i ekonomisk balans 2012. En prövning och diskussion av längre väntetider och/eller skärpta indikationer hade annars behövts.

Bedömning

Sjukvårdsregionerna har valt olika ersättningsmodeller för de onkogenetiska utredningarna. Några finansierar dem solidariskt, medan andra har tagit in dem i regionprislistan. Ett skäl till det senare är att den solidariska finansieringsprocessen är relativt trög. Den bygger ofta på otillräckliga ekonomiska underlag och prioriteringen av undersökningarna sker inte i en gemensam process med andra angelägna insatser. Det är viktigt att patientnytta vägs mot kostnad i den onkogenetiska rådgivningen. I den expanderande verksamheten är det viktigt att kliniken internt prioriterar de olika undersökningarna utifrån deras nytta och kostnadseffektivitet. Verksamheten är forskningsintensiv och precis som i andra verksamheter finns risker för korsfinansiering. Gränserna mellan beprövad klinisk verksamhet (rutinsjukvård) och det Socialstyrelsen kallar FoU-sjukvård i de nationella riktlinjerna samt forskning är inte alltid tydliga.

Förslaget att Genetiska kliniken får debitera landstingen för ytterligare laboratorieanalyser löser tillfälligt de ekonomiska obalanserna, men det hanterar inte lednings- och prioriteringsfrågorna. Den typ av riskbedömning och prevention som det här handlar om bör prioriteras i samma process som andra åtgärder för att upptäcka och behandla cancersjukdom. Den solidariska finansieringen har hittills försvårat detta.

Det ursprungliga motivet till den solidariska finansieringen – att skydda remittenterna från höga utredningskostnader – kan lösas på annat sätt än med solidarisk finansiering. Det finns inga direkta hinder för att utredningarna skulle kunna behandlas som övrig region-sjukvård. Kostnaderna för laboratorieanalyser är vad de är, medan tiden som läggs på en utredning kan variera beroende på släktutredningens omfattning. Om ytterfallen behandlas för sig kan en genomsnittskostnad användas för de allra flesta utredningarna.

Kostnader för rådgivning och konsultationer kan beroende på omfattningen, antingen bakas in i kostnaden för de utredningar som genomförs eller prissättas separat.

Problemet med remittenternas betalningsansvar för medicinsk service kan lösas genom att adderas befintliga undantag hos huvudmännen. Kostnadsansvaret kan läggas antingen på förvaltnings- eller landstingsnivån. När aktuella undersökningar åsätts ett pris i regionprislistan och kalkyleras i Region Skånes uppdrag till hälso- och sjukvården, är det upp till respektive landsting att bestämma var kostnaden ska tas respektive hur många patienter som bör kunna få del av utredningen. Det är också enklare att med ett sådant system årligen kunna justera volymer, kostnader och/eller förändrade indikationer. Underskotten i verksamheten understryker betydelsen av en förändrad ledningsorganisation där verksamheten entydigt förs in i Region Skånes linjeorganisation och att det fulla ansvaret för verksamhet och ekonomi finns i Regionen.

Mot bakgrund av ovanstående föreslås att den solidariska finansieringen upphör och att kostnaden för aktuella utredningar fastställs i regionprislistan och läggs in i förvaltningsuppdraget från Region Skåne. Vilken modell för remittentens kostnadsansvar som ska användas bestäms av respektive huvudman. Remissflödet bör systematiskt följas upp i förhållande till volym, antalet avböjda remisser och på vilka grunder avslag ges samt hur eventuellt förändrade indikationer påverkar remissflödet. Detta är en viktig del av verksamhetens uppföljning och ett viktigt planeringsunderlag för Region Skåne, Labmedicin och SUS när den genetiska vägledningen och de genetiska aspekterna av sjukdom kommer att användas mer behandlingen av patienterna. Den solidariska finansieringen i kombination med klinikkens expansiva verksamhet har visat på en tröghet i SRVN:s budgetprocess. Genom den solidariska finansieringen har viktiga strategiska frågor som egentligen hör till Region Skåne till vissa delar hamnat på SRVN:s bord. Det är viktigt att för verksamheten att ha en tydlig uppdragsgivare, men det är ännu viktigare att det är rätt uppdragsgivare.

Den Genetiska kliniken är en del av diagnostiken, men arbetar också inom det expanderande fältet genetisk rådgivning där många intressenter och specialiteter gör anspråk på såväl arbetsuppgifter som resurser. Region Skåne behöver här både ett underlag och en strategi för hur den genetiska komponenten ska hanteras i hälso- och sjukvården och vilka som ska göra vad i detta. Hur arbetsfördelningen mellan Genetiska kliniken och övriga kliniker/specialister bör se ut är bara en av många frågor. Aktuella verksamhetsområden är bl a onkologin, neurologin och hematologin. Den senare har i dagsläget också en solidariskt finansierad genetisk vägledning som gäller koagulation.

En beredning av den Genetiska klinikkens uppdrag går sålunda långt utöver SRVN:s horisont och kräver ett helhetsgrepp på området från Region Skånes sida. För detta krävs att alla berörda verksamheter vid SUS/Labmedicin Skåne beaktas och att uppdrags- och budgetberedning sker i en gemensam process. I denna kan övergripande strategier läggas fast som adresserar användningen av kunskapen om sjukdomars genetiska komponenter. Först då går det att göra rimliga avvägningar och prioriteringar av Genetiska klinikkens och övriga verksamheter uppdrag och ersättning.

Koagulation – genetisk rådgivning

Koagulationsverksamheten bedrivs vid Koagulationskliniken vid SUS. I handläggningen av olika blödningsrubbnings ingår både genetisk rådgivning och en extensiv konsultationsverksamhet. Nuvarande solidariska finansiering är, enligt kliniken, av stor vikt för att denna verksamhet ska kunna upprätthållas på motsvarande nivå och omfattning framöver

Den solidariska finansieringen, som gäller den genetiska rådgivningen, uppgick till cirka 0,97 Mkr 2011, vilket utgjorde cirka 16 procent av verksamhetsomsättningen. Dessa medel används i lika delar för att finansiera personal och analyser av laboratorieprover. Till detta kommer redovisade forskningsmedel på cirka 2,7 Mkr. Klinik- och forskningsarbetet är delvis integrerade och bemanningen till delar baserad på erhållna forskningsanslag.

Koagulationsverksamheten betalar för alla analyser, även de som behöver göras från personer utanför Södra sjukvårdsregionen (som en del av släktutredningar).

Verksamheten slås nu samman med hematologin vid SUS. Region Skåne har anmält området ärftlig hemofili som ett område lämpligt för rikssjukvård. Socialstyrelsen och rikssjukvårdsnämnden håller i listan över initierade områden och kommer med stöd av samtliga landsting att pröva de olika förslagen. Beslut kring vilka områden som är intressanta för att eventuellt bli rikssjukvård kommer under våren 2012.

Bedömning

Anslaget från SRVN är relativt litet. Det anges att beloppet är viktigt för både genetisk rådgivning och konsultverksamheten och som en ”markering av” områdets vikt och stöd från de andra landstingen. Det senare lyfts fram av verksamheten, inte minst mot bakgrund av den kommande förfrågningsomgången om Rikssjukvård.

För den onkogenetiska rådgivningen vid Klinisk genetik har bedömningen ovan varit att en regionprislista och ersättning genom Region Skånes förvaltningsuppdrag är en bättre mekanism för att styra och finansiera verksamheten. Konsultverksamhet förekommer inom i stort sett alla kliniska områden inom sjukvårdsregionen och här finns olika lösningar. Även denna kan ingå i regionprislistan, men samtidigt är det en fördel om behovet av konsultationsverksamhet formuleras och bekostas av den part som vill ha den. Samma sak gäller nätverksarbete och kunskapsförmedling.

Det föreslås att den solidariska finansieringen upphör och att kostnaden för aktuella utredningar fastställs i regionprislistan och läggs in i förvaltningsuppdraget från Region Skåne. Remissflödet bör följas kontinuerligt i syfte att säkerställa att inga väsentliga och medicinskt relevanta förändringar sker som kan påverka vården och patientsäkerheten negativt.

Eftersom kostnaderna för utredningarna kan påverka remittenternas motivation att remittera patienter, bör också prövas om dessa utredningar ska hanteras på huvudmannanivå. Det

innebär att respektive huvudman beslutar om var kostnaden för utredningen ska tas – hos remittenten, på förvaltningsnivå eller på landstingsnivå. Huvudmännen har i en sådan process också möjlighet att kontinuerligt följa utredningsvolymen och godkänna indikationerna för utredningarna.

Det ska noteras att det finns många sjukdomar med genetisk bakgrund. Det gäller inte minst sällsynta neurologiska sjukdomar. För motsvarande undersökningar av dessa patienter finns ingen särskild solidarisk finansiering, utan här gäller det gängse regelverket.

Dövpsykiatrisk mottagning för barn respektive vuxna

Vuxna

Psykiatrisk öppenvårdsmottagning för döva har som uppdrag att tillgodose det psykiatriska öppenvårdsbehovet för döva, dövblinda och hörselskadade teckenspråkiga vuxna i Södra sjukvårdsregionen. Utöver detta finns en högspecialiserad verksamhet med kompetens kring de specifika neuropsykiatriska funktionshinder och syndrom som förekommer inom dövpopulationen. I verksamheten finns psykolog 100 procent, socionom/kurator 100 procent, sekreterare 50 procent och läkare 20 procent.

Det finns mottagningsverksamhet på flera platser i Södra sjukvårdsregionen: Lund, Malmö, Kristianstad, Helsingborg, Halmstad, Växjö och Karlskrona. Verksamheten har dessutom tillgång till bildtelefoni, vilket kan ersätta vissa fysiska besök. Patienten kan söka själv utan att behöva stöd av teckentolk och slipper ordna remiss eller specialistvårdsremiss. En nackdel är att patienten kan tappa kontakten med sin hempsykiatri.

Under 2010 gjordes 562 besök av totalt 106 patienter. Siffrorna inkluderar teambesök (84) och hembesök (150). Verksamheten omsätter 1,85 Mkr, varav 1,3 Mkr utgörs av solidarisk finansiering. Cirka 0,5 Mkr utgörs av fasta ersättningar från övriga landsting i sjukvårdsregionen och 44 000 kr kommer från patientavgifter.

Placeringen på universitetssjukhuset bedöms som god, med närhet till olika specialiteter. Patienterna kan ofta besparas långa resor genom filialmottagningarna i Skåne och de andra landstingen.

Verksamheten framhåller att den solidariska finansieringen framför allt är väsentlig för patienternas tillgänglighet och det fria sökande och uttrycker en oro för att en förändrad finansiering skulle påverka detta negativt.

Verksamheten tar fram en årsrapport till Psykiatri Skåne och till SRVN. Verksamheten uppfattar att de inte får återkoppling på redovisning och motiveringar till avslag på äskanden.

Barn och ungdom

Mottagningsverksamheten består av barn- och ungdomspsykiatrisk specialiserad/högspecialiserad utrednings- och behandlingsenhet för döva/hörselskadade familjer i Södra sjukvårdsregionen. Då flera samarbetspartners inom skola, habilitering, och socialtjänst inte har kunskap om livsvillkoren för hörselskadade och döva har behandlingskontakterna ofta även inslag av informationsverksamhet och konsultation.

Verksamheten omsätter drygt 2,05 Mkr varav nästan hela beloppet utgörs av solidarisk finansiering. Verksamheten hade ett underskott om cirka 0,1 Mkr 2010 på grund av att ”0,25 sjuksköterskeresurs som inte ryms inom nuvarande budget”. Antal besök redovisas inte i årsberättelse för 2010.

Den dövpsykiatriska verksamheten för barn har liknande fördelar som den för vuxna då det gäller närheten till den specialiserade psykiatrin och andra specialister. Däremot är filialverksamheten väsentligt mindre. Patientbesök kan idag ske på BUP i Malmö respektive Hässleholm. Bildtelefoni används inte.

Inte heller barnverksamheten uppfattar att de har fått någon återkoppling på de redovisningar och verksamhetsplaner som lämnas varje år.

Bedömning

Den verksamhet som bedrivs av dövteamen för barn och vuxna är en viktig del av den psykiatriska verksamheten. Den underlättar utredning och behandling av döva personer, tack vare de teckenspråkskompetenta och specialiserade medarbetarna.

Den principiella och praktiska frågan är om solidarisk finansiering ska tillämpas för en etablerad utrednings- och behandlingsverksamhet inom hälso- och sjukvården. Visserligen klarar inte alla landsting att själva bygga upp denna typ av verksamhet, men det gäller också alla andra högspecialiserade verksamheter som utför regionvård och där dessa insatser ingår i regionprislistan.

Den solidariska finansieringen bidragit till verksamhetens konsolidering och idag finns inga direkta hinder för att ersätta dövpsykiatri genom Regions Skånes vårduppdrag till Psykiatri Skåne och genom att lägga in den i regionprislistan. Det innebär att verksamheten blir ett odelat ansvar för Psykiatri Skåne och en del av förvaltningens styrning och ledning.

På vuxensidan tar dövpsykiatri ut patientavgifter. Idag erhåller dövverksamheten också vissa fasta ersättningar från de andra landstingen. Detta sätt att t ex reglera nivån på satellitmottagningar kan komplettera regionprislistan även i fortsättningen.

Den samlade bedömningen är sålunda att dövpsykiatri bör ersättas för sina vårdinsatser enligt de principer som gäller för annan regionvård. Vuxensidan har genom sin organisation en god tillgänglighet genom en väl spridd mottagningsverksamhet. Ett byte av finansieringsform bör inte påverka nuvarande uppdrag om satellitmottagningar är ett verksamhetskrav. Inom barnverksamheten finns inte samma utbyggda system med filialmottagningar.

Practicum – Lund/Malmö Clinical Skills Centre – tidigare Practicum och CMS

Från och med 10 oktober 2011 slogs Practicum och Centrum för Medicinsk Simulering (CMS) samman och byter samtidigt namn till *Practicum - Lund/Malmö Clinical Skills Centre*.

Practicum finns inom divisionen för diagnostik och klinisk service vid SUS, men är avsedd som en regional plattform för klinisk färdighetsträning för studenter och professionella. Utbudet består av kurser för såväl individer som team. Det handlar om träning kring såväl tekniska färdigheter inom olika specialiteter som kommunikation och teamarbete.

Styrning och ledning sker i linjeorganisation inom SUS mot divisionschefen. Arbete pågår för att skapa SUS-gemensam produktionsstatistik inom området, och detta kommer att ligga till grund för divisionsinterna produktionsmål med löpande uppföljning mot divisionschef.

Practicum erhöll 1,35 Mkr i solidarisk finansiering för 2011, d v s knappt 16 % av verksamhetsomsättningen. CMS erhöll 0,85 Mkr, vilket utgör 14.5 procent av verksamhetens omsättning.

Det tidigare Practicum hade en bättre utvecklad administration och prissättningsmodell än CMS. För Practicum var kursintäkternas andel av omsättningen mer än dubbelt så stor som för CMS (23 respektive 11 procent, exklusive ALF-medel). I den nya organisationen budgeteras samtliga kurser och utbildningar utifrån en SUS-gemensam prislista. Denna tar hänsyn till kursernas behov av lokaler, personalinsats samt material och utrustning. Respektive kurs förväntas täcka sina egna kostnader, exklusive nuvarande solidarisk respektive SUS-finansiering. Det är SUS som står för den största delen av den nya verksamhetens budget, 8,45 Mkr utifrån 2010 år siffror.

Verksamheten uttrycker oro för att en utebliven solidarisk finansiering kan leda till att kurserna upplevs som för dyra och att efterfrågan därför kan komma att mattas av.

Bedömning

Practicum - Lund/Malmö Clinical Skills Centre är idag väl integrerad i SUS och en del av SUS budgetprocess. Nuvarande solidariska finansiering om cirka 2,21 Mkr (2010) bidrar, tillsammans med SUS-anslaget, till att subventionera kursavgifterna. Intäkterna från kursavgifterna översteg den solidariska finansieringen med 0,45 Mkr 2011. SUS-anslaget tillför dock de överlägset största resurserna.

Den solidariska finansieringen har bidragit till att bygga verksamheten och skapa ett varumärke, men det bedöms inte som att solidarisk finansiering fortsättningsvis är lämplig för en verksamhet som är en integrerad del av hälso- och sjukvårdens kompetensutveckling och vidareutbildning. Verksamheten har även byggt upp ett system för prissättning som med små insatser kan anpassas till nya förutsättningar. Interna och externa prislister bör avspegla SUS egen finansiering. De kurser som säljs till sjukhus utanför SUS kan debiteras utifrån en prislista byggd på en självkostnads kalkyl med ett administrativt pålägg. Samma sak kan göras då enskilda kursplatser säljs till intressenter utanför sjukhuset.

SUS behöver överväga om ökade kursavgifter kan ersätta den solidariska finansieringen eller om ytterligare budgetmedel ska anslås. Det är rimligt att övriga sjukhus i Skåne och i de andra landstingen betalar för tjänsten fullt ut. Om dessa kostnader sedan ska tas på klinik-, divisions- eller sjukhusnivå är en fråga för var och en av dessa. Även särskilda kompetensutvecklingsavtal med övriga landsting kan övervägas.

Sekretariatet för allergi och annan överkänslighet

Sekretariatet för allergi och annan överkänslighet finns inom Allergikompetenscentrum (AKC). AKC:s insatser ska gagna området allergologi genom samordning av den kliniska verksamheten, främst mellan primär- och specialistvård. Sekretariatet arbetar i första hand med att samordna och få till stånd utbildning och fortbildning av läkare och sjuksköterskor inom primärvården och inom allergiområdet samt informationsmöten, närverksträffar och utbildning för spirometrikerkort. Det finns även en kunskapsbank för vårdpersonal kopplad till informationsblad, som byggdes upp i ett projekt med EU-stöd.

AKC är placerat vid Lung- och allergikliniken vis SUS. AKC erhåller cirka 1,96 Mkr i solidarisk finansiering för sekretariatet för allergi. Formellt är det verksamhetschefen vid kliniken som förfogar över AKC:s budget. Den solidariska finansieringen används för sekretariatets grundbemanning. Utöver detta finns externa anslag för att finansiera utbildning/fortbildning samt att arbeta med det nationella kvalitetsregistret.

I enkäten redovisas utbildningsintäkter för Sekretariatet/AKC om cirka 300 000 kr för år 2010. Detta inbegriper också akademiska kurser. Kursintäkterna täcker i flera fall inte självkostnaden.

De övriga landstingen använder kansliet i varierande utsträckning.

Bedömning

SRVN beslöt att stödja inrättandet av sekretariatet 2006-12-05. Den solidariska finansieringen har därefter möjliggjort uppbyggnaden av sekretariatet inom AKC, men det finns i dagsläget inte särskilda skäl för en fortsatt solidarisk finansiering av sekretariatet. Region Skåne har huvudansvaret för verksamheten och det är därför Regionen som behöver ta ställning till uppdrag och finansiering av verksamheten.

Sekretariatet är idag en del av den ordinarie verksamheten och bör, som inom andra verksamhetsområden, finansieras inom ramen för det ordinarie ersättningssystemet. Det kan innebära att få del av klinikens vårdersättning, anslagsfinansiering via Region Skåne/SUS, eventuellt överenskommelser med de landsting som använder kansliets tjänster, större täckningsbidrag för genomförda utbildningar, seminariedagar och nätverksträffar etc.

Sekretariatets insatser är förvisso värdefulla för mottagarna av deras tjänster, men samtidigt har de flesta specialiteter motsvarande behov av samordning och utbildning, särskilt i förhållande till primärvården. Det är heller inte rimligt att SRVN skulle vara finansierare i alla

dessa fall. Att sekretariatet fyller viktiga funktioner visar att den solidariska finansieringen gjort en skillnad, men det är inget skäl för att *permanent* finansiera verksamheten solidariskt.

Arbetet med kvalitetsregister är en uppgift och ett åtagande för de anslutna klinikerna och för registergruppen. Resurserna för detta står klinikerna för när det gäller registrering mm, den huvudman som ansvarar för registret och SKL genom Beslutsgruppens bidrag till registret och aktuellt registercentrum. Solidarisk finansiering bör inte tas i anspråk för arbete med nationella kvalitetsregister. Andra typer av uppföljnings- eller forskningsregister ska finansieras av anslutna verksamheter respektive av aktuella forskningsprojekt.

Regionalt blodgivarkansli

Det regionala blodgivarkansliet är knutet till Klinisk Immunologi och Transfusionsmedicin (KIT) vid Labmedicin Skåne. I det solidariskt finansierade uppdraget ligger att främja och harmonisera blodgivning i Södra sjukvårdsregionen. I kansliets uppgifter ingår dessutom att (1) genomföra landstingsövergripande upphandlingar (blodpåsar mm), (2) arrangemang av årliga regionala utbildningsdagar, (3) ansvar för årligt regionalt årsmöte, (4) kostnader för nationellt samarbete inkluderande Swedish Blood Alliance (SweBA) – styrelsearbete, IT och webb (geblod.nu och hemovigilans.se) och samarbetet via Regionblodcentralernas samarbetsgrupp (RBS).

KIT omsatte 2010 nästan 187 Mkr. De 1,87 Mkr som utgörs av solidarisk finansiering utgör knappt 1 procent av omsättningen, exkl forskningsmedel. I budgeten belastas det Centrala blodgivarkansliet av centrala tjänster för blodgivarprocessen, t ex del av specialist-sjuksköterska, specialistläkare, sekretariat för blodgivar-service, PR för rekryteringsinsatser inkl kommunikatör med ansvar för nationell webbplats GeBlod.nu.

Finansieringen uppges underlätta kontakterna med motsvarande verksamheter i övriga landsting i Södra sjukvårdsregionen. Exempel på ett återkommande projekt är samarbetet vid blodpås-upphandling som bidrar till kostnadseffektivitet och kvalitetsjämförelser.

KIT gör också särskilda avtal med laboratoriemedicin inom de olika landstingen som gäller medicinsk kompetens, rådgivning, ackrediteringsstöd, metodutveckling samt beredskaps-jouravtal för läkare. Sådana finns i dagsläget med Halland och Kronoberg och uppdatering pågår.

Bedömning

Nuvarande konstruktion med solidarisk finansiering av blodgivarkansliet har påverkats genom att Labmedicin Skåne bildades. Tidigare behövdes även inom Region Skåne ett system för att ersätta KIT för dessa tjänster, eftersom verksamheten då tillhörde USiL. I förhållande till övriga landsting hanteras KIT:s stöd till de olika laboratorierna i två olika spår, dels solidarisk finansiering av blodgivarkansliet, dels separata avtal med laboratorieverksamheten i de övriga landstingen kring jourverksamhet, ackrediteringsstöd etc.

Laboratoriemedicin är av tradition en intäktsbaserad verksamhet med stor vana av att sluta avtal kring sin verksamhet. Det finns idag inget skäl att solidariskt finansiera blodgivarkansliet. Särskilt inte när detta sker parallellt med de bilaterala avtal som KIT redan sluter med de andra landstingens laboratorieverksamheter. Alla avtal/överenskommelser om blodverksamheten med övriga landsting bör ske genom en kanal. Det ger också utrymme för att ta hänsyn till skillnader i behov och ambitionsnivå i de övriga landstingens laboratorieverksamheter.

Idag står Region Skåne för 73 procent av den solidariska finansieringen. Ur ett lednings- och styrningsperspektiv bör Region Skåne, i sitt uppdrag till Labmedicin Skåne, antingen lägga in Regionens kostnader för blodgivarkansliet eller godkänna motsvarande prishöjning för enhetens produkter. Avtalen med övriga landstings laboratorieverksamheter hantearas då av KIT/Labmedicin Skåne. För KIT finns inget särskilt värde i en solidarisk finansiering av blodgivarkansliet, utan det handlar främst om att säkra finansieringen.

Bilaga 1: Intäktsammandrag för de solidariskt finansierade verksamheterna för verksamhetsår 2010 (Mkr)

TOTALT PER VERKSAMHET	Allergikompe- tenscentrum AKC	Arbets- och miljö- medicin	Biobank	Centrum för medicinsk simulering	Regional Donations- organisation	Döpsyk vuxna	Döpsyk barn	Klinisk Genetik	Gyn cellprovs- kontroll	Klinisk koagulation	Practicum
Intäkter											
Anslag solidarisk finansiering	1,96	32,01	3,38	0,85	2,01	1,79	2,05	8,83	0,40	0,97	1,36
Patientavgifter	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00
Försäld medicinsk service/analyser	0,00	1,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	26,83	0,00	0,00	0,00
Försäld hälso- och sjukvård	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	2,92	0,00
Intäkter för utbildning/handledning	0,00	0,47	0,00	0,66	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00	0,60	2,00
Övriga intäkter: (v.v. specifcera väsentliga poster)	0,00	1,21	0,00	0,17	0,00	0,01	0,00	0,36	0,00	1,15	0,23
GU-medel/försäld blod, blodstamsceller	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,00	0,33
Avslutade projekt/motsv %-påslag matr best Koncerninköp	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,88	0,00	0,00	0,00
Periodiserat investeringsbidrag	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46
Sjukhusintemt ledningsbidrag	0,00	0,00	0,00	4,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4,25
Summa verksamhetsomsättning:	1,96	35,74	3,38	5,89	2,01	1,85	2,06	37,96	0,40	5,81	8,62
Klinisk forskningstid	0,00	0,96	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,64	0,00	0,80	0,00
ALF-medel	0,00	4,07	1,70	0,14	0,00	0,00	0,00	6,77	0,00	1,38	0,19
Övriga externa forskningsmedel som sysselsätter verksamhetens personal	0,15	2,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,56	0,00
Summa forskningsmedel	0,15	7,06	1,70	0,14	0,00	0,00	0,00	7,41	0,00	2,74	0,19
Total omsättning	2,11	42,80	5,08	6,03	2,01	1,85	2,06	45,37	0,40	8,55	8,81