

Interregionala intensivvårdstransporter

Sakkunniggruppens förslag på nationell
högspecialiserad vård
Remissversion

Förord

I detta underlag genomlyser sakkunniggruppen för akuta nationella transporter vårdområdet och lämnar sitt förslag till nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppens förslag remitteras öppet för synpunkter från alla intresserade. Genom att få in synpunkter på sakkunniggruppens förslag i processen, möjliggörs en bredare konsekvensanalys.

Inför Socialstyrelsens beslut om vad som ska utgöra nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter vården ska bedrivas, kommer även en beredningsgrupp att lämna ett yttrande utifrån underlaget, inkomna synpunkter och konsekvensanalysen.

Socialstyrelsen leder arbetet med att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå och ansvarar för arbetsprocessen för detta arbete. Socialstyrelsen vill tacka alla som har deltagit i arbetet med att ta fram detta underlag.

Thomas Lindén
Avdelningschef

Sakkunniggruppens uppdrag

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den eller de delar i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

I detta underlag vill sakkunniggruppen tydliggöra nedanstående

Sakkunniggruppen är helt eniga att det bästa för Sverige och svenska patienter vore ett fullt ut sammanhållet system för både primär- och sekundärtransporter, likt det som finns i våra grannländer. Ett sådant sammanhållet system för Sverige beskrivs kortfattat i underlaget under rubriken *Framtidsvision*. Detta system bedöms dock inte rymmas inom ramen för nationell högspecialiserad vård eftersom det kräver ändringar i både sjukvårdens organisation och lagar.

Förslaget i denna genomlysning är således inte vad sakkunniggruppen anser vara det mest optimala inom området ”nationella transporter”. Dock anser de att deras förslag till definition i detta underlag skulle vara en stor förbättring i dagens bristfälliga system samt vara ett steg på vägen mot ett bättre sammanhållet system. I förlängningen hyser sakkunniggruppen en förhoppning om att även Sverige kan transportera svårt sjuka patienter med högre kompetens och mer resurseffektivt.

Sakkunniggruppen är medveten om att avgränsningen för vad som ska vara tillståndspliktig verksamhet behöver genomlysas noggrant och avser med stöd av remissvar ytterligare förtydliga förslaget.

Innehåll

Förord	2
Sakkunniggruppens uppdrag	3
Ordlista.....	5
Sammanvägd bedömning.....	6
Definition	7
Vårdområde	8
Särskilda villkor	19
Konsekvensanalys.....	21
Uppföljning och utvärdering	24
Referenser	25
Deltagare i sakkunniggrupp	26
Om nationell högspecialiserad vård	27

Ordlista

BIVA	Barnintensivvårdsavdelning
ECMO	Extra Corporeal Membran Oxygenation
HEMS	Helicopter Emergency Medical Services
IVA	Intensivvårdsavdelning
KSA	Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg
LAT HF	Luftambulansetjenesten helseforetak
NHV	Nationell högspecialiserad vård
NHVe	Nationell högspecialiserad vårdenhet
PETS	Pediatric Emergency Transport Service
SAR	Search and Rescue
SIR	Svenska Intensivvårdsregistret
SLA	Svensk Luftambulans
SNQ	Neonatalregistret

Sammanvägd bedömning

Sakkunniggruppen föreslår efter genomlysning av vårdområdet akuta nationella transporter att det som framgår av definitionen nedan ska utgöra nationell högspecialiserad vård och bedrivs vid fyra enheter.

Detta bedöms vara vård som är komplex, sällan förekommande och som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens för att uppnå god kvalitet. Vården inom definitionen kräver dessutom stora investeringar och medför höga kostnader. Vården är multidisciplinär då den kräver bland annat specialistläkare och specialistsjuksköterskor inom anestesi och intensivvård, barnintensivvård samt neonatologi. Dessutom krävs kompetens inom logistik.

Sakkunniggruppen anser att en koncentration av aktuell vård till fyra enheter ökar förutsättningarna för att förbättra kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen och samtidigt bidrar till ett mer effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser.

För att hela transportsystemet ska fungera i framtiden anser sakkunniggruppen att det finns en stor fördel, och vore önskvärt, med ett sammanhållet nationellt transportsystem, i likhet med våra grannländer. Ett nationellt grepp med en nationell organisation i form av upphandling, utplacering, kvalitetskontroll samt finansiering behöver tas i Sverige för att vinna såväl fördelarna med rationell drift samt jämlik vård i landet. I dagsläget ser gruppen inte att detta kan införas inom ramen för NHV-systemet. Förslaget att koncentrera vissa intensivvårdskrävande sekundärtransporter och nationellt samordna logistiken kring dessa kan dock vara ett steg på vägen, eftersom det idag finns stora brister kring samordning av transporter på nationell nivå.

Konsekvenserna av att koncentrera denna vård är övervägande positiva, även om det finns risk för tillgänglighetsproblem vid samtidighetskonflikter. Sakkunniggruppen bedömer att påverkan på närliggande områden är liten. Initialt kan det krävas mer transportresurser för att klara uppdragen, men i framtiden kan en ökad samordning bidra till ett bättre utnyttjande av befintliga resurser på nationell nivå samt samordnade investeringar av transportresurser.

Definition

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till definition av nationell högspecialiserad vård och på hur många enheter den ska bedrivas.

Vid interregional sekundärtransport av intensivvårdskrävande patienter* ska organisering och utförande av intensivvårdstransport med specialiserade team, oavsett transportslag, utgöra nationell högspecialiserad vård.

** Med intensivvårdskrävande patienter avses barn och vuxna patienter som behöver transporteras till eller från IVA/BIVA/neonatal-IVA/högspecialiserat centra, med ett vårdbehov som under transport motsvarar behovet hos en intensivvårdspatient. Beställning av transport sker efter bedömning av specialistläkare på avsändande eller mottagande avdelning.*

Med interregional transport avses transport mellan sjukhus och över länsgräns där det finns ett krav på en inställetid från beställning till överlämnande av patient till transportteam på 1-3 timmar.

Antal enheter

4 NHV-enheter med geografisk spridning över Sverige.

NHV-enheterna ska ha en övergripande ingång med logistikfunktion samt minst ett transportteam per enhet enligt vad som framgår av särskilda villkor.

Avgränsningar

Extremt tidskritiska interregionala transportuppdrag kan behöva utföras innan ett team kan förväntas vara på plats. Transporter som behöver utföras innan teamens inställetid på 1-3 timmar ingår således inte i definitionen.

Primäruppdrag och icke-intensivvårdskrävande sekundäruppdrag ingår inte i definitionen även om transportresurserna (bemanning och fordon) för dessa uppdrag till stor del överlappar med de som ingår i NHV-uppdraget.

Transport av ECMO- och högisoleringspatienter inkluderas inte i detta förslag. ECMO och Högisoleringsvård genomlysas av andra sakkunniggrupper och föreslås bli nationellt högspecialiserade vårdområden. I dessa förslag ingår transport av patienter som en del av NHV-uppdragen.

Vårdområde

Nuläge

Det vårdområde som sakkunniggruppen genomlyst, för att utreda vad inom området som bör koncentreras nationellt, är nationella transporter. Den vård som utifrån sakkunniggruppens genomlysning föreslås att koncentreras nationellt definieras ovan under rubriken *Definition*.

Av 3 kap. 1§ hälso- och sjukvårdslagen (2017: 30) framgår att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.

Med detta som grund har sakkunniggruppen för nationella transporter tagit fram nedanstående underlag.

Intensivvårdstransporter

Sverige har lägre antal vårdplatser på intensivvårdsavdelning (IVA) per capita (ca 5/100 000 invånare) än andra jämförbara länder (ca 6-9/100 000 invånare). Bristen på intensivvårdsplatser medför att IVA-patienter i Sverige relativt ofta behöver transporteras mellan intensivvårdsavdelningar. Transport mellan intensivvårdsavdelningar förekommer i varierande grad men i stora regioner, med fler och mer specialiserade intensivvårdsavdelningar, kan det vara oftare förekommande.

Utöver att frigöra intensivvårdsplatser på de olika sjukhusen kan transporterna bero på att patienterna ska genomföra olika behandlingar och undersökningar som bara kan eller ska genomföras vid vissa sjukhus. Till exempel kan patienter behöva skickas mellan olika regioner eftersom viss högspecialiserad vård finns koncentrerad till färre enheter i Sverige. Tillfällig platsbrist inom intensivvården i vissa regioner har aktualiserats under det senaste året med covid-19-pandemin och visat på stort behov att kunna transportera patienter mellan olika regioner.

Förutsättningarna för regionerna att transportera IVA-patienter ser väldigt olika ut. I vissa regioner transporteras patienter mellan olika IVA-avdelningar varje dag. Att transportera patienter inom en region kan vara enklare, logistiskt, än transport mellan regioner i de fall regionen har utvecklad strukturer för vem som transporterar patienten och hur beställning av transporterna går till.

Kvaliteten på transporterna skiljer sig också åt i landet och regionerna har olika riktlinjer/beslutsstöd och krav på lägsta bemanning.

Det är svårt att uppskatta tillgängliga transportresurser för intensivvårdskrävande sekundäruppdrag. Detta eftersom ambulansenheter i de flesta

regioner grundar sig på skattningar av resurser i förhållande till att klara primäruppdragen med en viss uttryckningstid i sin egen region. Vissa sekundäruppdrag räknas in i dessa skattningar, men då är det oftast de transporter som sker under dagtid vardagar och kan planeras in. De akuta/tidskritiska sekundärtransporterna tar ofta resurser från primäruppdragsorganisationen i vilken det saknas dedikerad bemanning med rätt kompetens för sekundärtransporter.

Varje region är ansvarig för sina egna (intensivvårds)transporter och förfogar över sina egna transportresurser. Det finns heller ingen övergripande nationell samordning av patienttransporter.

Utförande av intensivvårdstransporter

Att transportera intensivvårdskrävande patienter innebär stora utmaningar, medicinskt och ibland även logistiskt, eftersom patienterna ofta ska transporteras akut till en högre vårdnivå under pågående svikt av vitala funktioner i ett eller flera organsystem. Detta ställer stora krav på den personal som ska vårda patienten under transporten samt den utrustning som finns i valt transportmedel. Det finns idag inga nationella standarder för vilken medicinteknisk utrustning som ska finnas i transportmedlet. Det innebär stora utmaningar vid exempelvis omlastningar då det kan vara så att allt från att patientbåtar inte är kompatibla till att förbrukningsmaterial så som sprutor inte passar i sprutpumpar. Denna utmaning uppstår främst vid omlastningar från luftburna till markbundna transporter eller vice versa. Det finns heller inga beslutade nationella rutiner eller riktlinjer att förhålla sig till i detta arbete. Det pågår för närvarande arbeten både inom Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) samt det nationella programområdet för perioperativ vård, intensivvård och transplantation (NPO Pivot) gällande riktlinjer för ambulanstransporter och förslag kring harmonisering av utrustning.

Transporter av svårt sjuka patienter kräver kunskap erfarenhet, utbildning och regelbunden träning eftersom det i mycket mindre utsträckning än på ett sjukhus går att få hjälp om patienten blir sämre eller det uppstår akuta situationer. Ett fåtal regioner använder sig av dedikerade transportteam för vuxna intensivvårdskrävande patienter. Gällande neonatala intensivvårdstransporter och transporter av intensivvårdskrävande större barn så finns det dedikerade team för detta på vissa ställen i Sverige, dock sker även dessa typer av transporter ibland med personal som inte är utbildade för den uppgiften. Neonatala transportteam finns på sex platser i landet men alla har inte dygnet runt-kapacitet. PETS-team finns på ett ställe i landet men barn kan också transporteras med vissa andra team. Transportteamerna är av varierande grad tungt belastade med transporter så inställetiden kan ibland bli mycket lång.

I andra sakkunnigruppssarbeten inom ramen för nationell högspecialiserad vård (ECMO och högisoleringsvård) föreslås transporterna ingå som en del av definitionen eftersom det krävs dedikerad personal som är tränad och utbildad för ändamålet.

Beställning, koordinering och dirigerings av intensivvårdstransporter
Det finns idag i Sverige inget nationellt sammanhållet system där någon bär övergripande ansvar för att koordinera, dirigera och prioritera transportresurser på nationell basis. Detta medför att varje region använder sig av sina egna strukturer för detta. Av Sveriges 21 regioner har idag 18 valt att samarbeta med SOS Alarm i olika grad. De övriga tre regionerna har larmcentral i egen regi. Oavsett hur regionen organiserat larmcentralen så har varje region sina egna operativa riktlinjer/beslutsstöd och rutiner, inkl. krav på bemanning för intensivvårdstransporter. I dessa regleras vilka resurser som finns att tillgå och hur de ska användas. Förutsättningarna att beställa en interregional transport av intensivvårdspatient ser mycket olika ut i landet, och i vissa regioner finns många hinder.

En beställning av en intensivvårdstransport kan engagera en ansvarig intensivvårdsläkare i flera timmar under en dag. Istället för att utföra kvalificerad vård, antingen på hemmaklinik eller under transport, blir läkaren upptagen med att ringa runt och försöka samordna en transport. I slutändan kan en högre medicinsk prioriterad patient leda till att transporten skjuts fram och telefonkedjan börjas om. Larmcentralen tar ställning till om patienten ska transporteras med vägburen eller luftburen ambulans, vilket styrs av de avtal som regionerna har upphandlat. Val av transportmedel beror ofta på det geografiska avståndet men det kan också bero på regionernas olika avtal med transportleverantörer. Om beslutet blir att patienten ska flyga så måste larmcentralen också ta ställning till om det bästa transportmedlet är helikopter eller flygplan. Därefter avropas flygbolag eller helikopterresurs i viss rangordning som kan se olika ut mellan regionerna. Beställande läkare engageras av larmcentralen i varje steg för att förklara behov och lämplig vårdnivå. Slututföraren av transportuppdraget kommer också att behöva information, rapporter och tidsplan av den beställande läkaren innan uppdraget kan påbörjas. Motsvarande rapportering gäller även för omvårdnadspersonal.

För intensivvårdstransporter med flyg mellan regioner måste larmcentralen dessutom säkerställa att patienten hämtas hos den avsändande intensivvårdsavdelningen, tillse att det finns tillräckligt hög kompetens för transporten, köra patienten och eventuell medföljande kompetens till en flygplats samt se till att en ny ambulans möter upp och kan transportera patienten till det mottagande sjukhuset. Ytterligare en aspekt att ta hänsyn till är att medföljande anhörig (ex. vårdnadshavare) som inte får plats i vägbambulansen till eller från flygplatsen i regel behöver en taxi som också ska koordineras.

Bristen på samordning mellan regionerna medför att alla regioner behöver bygga upp, upprätthålla och utveckla egna resurser för både transportmedel, larmcentraler och personal. Ingen har heller övergripande kontroll på vilka patienttransporter som genomförs i Sverige varje dag och med vilket fördonsslag som dessa genomförs. Avtal för att anlita de specialiserade transportteam som finns regleras olika beroende på region vilket försvårar samordning av transportresurser. Interregionala transporter blir därför suboptimerade exempelvis genom att transportteam åker hem utan patient ef-

ter en avlämning trots att det hade funnits en möjlighet att ta med sig en patient till sin egen eller en närliggande region. Detta kan också vara patienter som inte har ett intensivvårdsbehov men som ska transporteras. Tidigare hade SOS Alarm ansvar för samordning av sjuktransporter med lägre vårdbehov, men nu har ingen detta uppdrag uttalat.

Fordonsresurser för intensivvårdstransporter

För luftburna sjuktransportresurser finns ambulanshelikoptrar och ambulansflygplan. Utöver de luftburna resurserna finns det 8-9 IVA-dedikerade markfordon, men man kan också transportera intensivvårdspatienter i vanliga ambulanser.

Ambulansflyg är flygplan utrustade för att kunna transportera patienter. Dessa är lämpliga för längre sträckor och utför främst sekundärtransporter. Det finns olika bemanning på respektive flyg. Alla 21 regioner har gått samman i ett kommunalförbund, Kommunalförbundet svenskt ambulansflyg (KSA), som köpt in sex ambulansflygplan. Dessa kommer att vara baserade i Umeå, Arlanda och Göteborg. KSAs ambulansflygplan ska ersätta den upphandling av privata flygbolag som varje region genomför idag. KSA-planen ska koordineras, dirigeras och prioriteras av flygkoordineringscentralen i Umeå.

Ambulanshelikoptrarna kan utföra både primär- och sekundärtransporter. Idag finns helikoptrar stationerade på följande platser Gällivare, Lycksele, Östersund, Mora, Uppsala, Karlstad, Stockholm, Göteborg och Visby. Dessa helikoptrar är primärt en del av regionens prehospitla resurser och inte alltid bemannade med kompetens för intensivvårdstransporter, vilket kan behöva kompletteras för ändamålet. Detta medför att det kan vara svårt att säkerställa helikopterresurserna för sekundära intensivvårdstransporter. Endast en helikopter i Sverige är helt dedikerad för sekundärtransporter av intensivvårdskrävande patienter, denna är placerad i Uppsala. En liknande helikoptertjänst håller på att upphandlas i region Stockholm.

Det finns ett kommunalförbund, SLA (svensk luftambulans) som är en sammanslutning mellan sex regioner som har ambulanshelikoptrar. Alla regioner som har tillgång till helikoptrar i Sverige är inte anslutna till SLA. SLA har ingen gemensam flygcentral som koordinerar och dirigerar helikopterverksamheten. I de nio regioner som har en ambulanshelikopter drivs, dirigeras och prioriteras denna i den ordinarie verksamheten. Regioner som inte har en egen helikopterresurs har svårigheter att rekvirera en sådan tjänst inom rimlig tid.

Sedan april 2020 kan Sjöfartsverket¹, ”vid livshotande situationer där omedelbar transport är avgörande för behandlingen av skadade eller sjuka personer, utföra transporter med helikopter på begäran av sjukvårdshuvudman, om verkets resurser är lämpliga för uppgiften och det kan ske utan allvarligt hinder mot dess ordinarie verksamhet eller dess medverkan enligt lagen”. Sjöräddningshelikoptrar används inte till vardags för sjuktransporter men finns i Umeå, Norrtälje, Visby, Göteborg och Kristianstad. I Umeå,

¹ 9 april 2020 ändrades 2 § i förordningen (2007:1161) med instruktion för Sjöfartsverket

Norrtälje och Göteborg finns rutiner och erfarenhet av att regionen bemannat med medicinsk personal. I Visby och Kristianstad saknas utbildning och rutiner för bemanning. Det saknas även enhetliga rutiner, arbetssätt och larmkriterier över landet samt överenskommelser kring vårdgivaransvar och ersättningar när flera regioner involveras.

Det saknas specialambulansfordon för neonatal transport som medger att en eller, med fördel bägge vårdnadshavarna, garanteras att följa med transporten och som samtidigt ger personalen goda möjligheter att övervaka och vårda barnet.

Erfarenheter från covid-19 pandemin

Under den pågående pandemin har Sveriges intensivvårdsresurser varit hårt belastade. Detta har medfört ett ökat behov av att kunna flytta patienter mellan sjukhusen för att nyttja resurserna på bästa sätt. För att koordinera och samordna detta har ett nätverk med representation från alla 21 regioners intensivvård inrättats. Vid samordningsmöten, som hållits med olika frekvens beroende på i vilken fas pandemin varit, har beslut fattats om vilka transporter som ska genomföras, och mellan vilka sjukhus. Även om samordningen underlättats vid dessa möten så har fortfarande utmaningen kring att beställa en transport funnits kvar. Det finns exempel där transporten, trots att den är bestämd, inte genomförts på grund av att något brustit under vägen vid beställningen. När man vill skicka en patient för att frigöra en plats är det för att den intensivvårdsavdelningen är belastad. Att transporten då drar ut på tiden på grund av praktikaliteter skapar hinder att ta emot nya patienter som behöver intensivvård samt skapar stor frustration hos personalen.

Under coronapandemin har Försvarsmakten ställt vissa luftburna resurser till förfogande för att underlätta transport av patienter. Dessa resurser har varit baserade på olika ställen i landet och har gemensamt koordinerats av sjukvårdens larmcentral i Uppsala och Sjukvårdens larmcentral i Göteborg. Under senare delen av pandemin har Försvarsmakten upphört med detta. Det har också funnits ett samarbete med Sjöfartsverket, där deras räddningshelikoptrar har kunnat användas för transporter av IVA-patienter. Dessa luftburna resurser från Försvarsmakten och Sjöfartsverket har bemannats med medicinska team som tillhandahållits från Region Blekinge, Region Norrbotten, Region Uppsala och Västra götalandregionen.

Vårdvolymer

Det görs drygt 1 100 intensivvårdstransporter (vuxna och barn) per år mellan regioner enligt data från Svenska intensivvårdsregistret (SIR). Till detta kommer ca 900 neonatala interregionala transporter enligt Neonatalregistret (SNQ) Transport. Dessa volymer skulle innebära i genomsnitt 3,1 respektive 2,4 uppdrag per dag nationellt.

Sakkunniggruppens bedömning är att dessa volymer kan vara underskattade. Detta baseras bland annat på att antalet flygburna intensivvårdskrivande sekundärtransporter som görs årligen ligger nära totalvolymen, men

data från registren inkluderar även marktransporter. Antalet flygburna sekundärtransporter har i detta arbete samlats in från de verksamheter som utför luftburna ambulanstransporter i Sverige idag.

Forskning

Den forskning gällande intensivvårdstransporter som bedrivs i Sverige är överlag begränsad. Internationellt har flertal studier visat på att transporter med specialiserade transportteam av intensivvårdstransporter medför bättre status på patient vid ankomst till mottagande sjukhus än ad-hoc team.

En svensk studie som granskade avvikelser i samband med neonatala transporter fann att risken för en avvikelse klassad som hög eller extrem hög var tio gånger högre vid akuta transporter jämfört med planerade transporter och att den vanligast förekommande avvikelsen var kopplat till transportlogistik. En avhandling från Karolinska Institutet (Tova Hannegård Hamrin 2019) visar också på att svårt sjuka barn har bättre utfall/resultat om de transporteras av högspecialiserade team än de som transporteras av andra sammansatta team, oavsett transportsträcka.

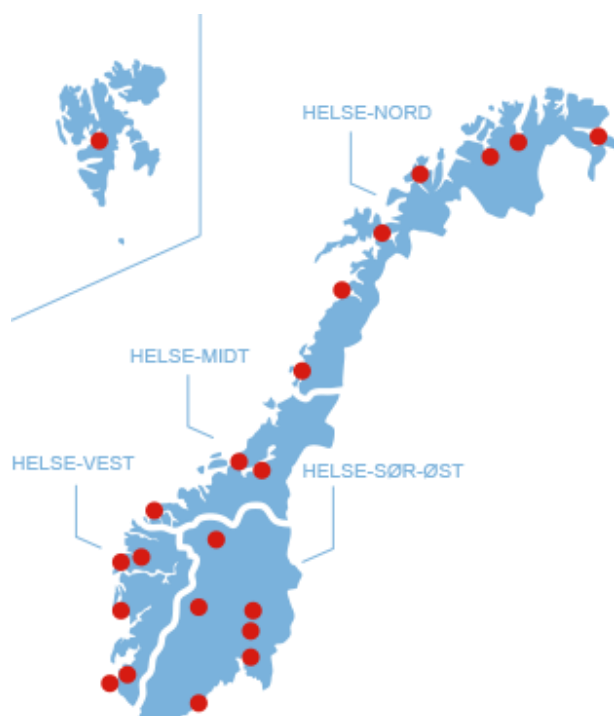
Det finns ett nationellt kvalitetsregister som alla intensivvårdsavdelningar rapporterar till, SIR, där ”ankomstväg” och ”utskrivning till” registreras. I Svenskt neonatalt kvalitetsregister (SNQ – Transport) registreras neonatala transporter som årligen redovisas i en årsrapport. Detta är dock en beskrivande rapport och det saknas publicerade vetenskapliga rapporter.

Internationell utblick

Norge

I Norge finns totalt 14 ambulanshelikoptrar på 13 baser och 9 ambulansflygstationerade på 7 baser. Dessa flygande prehospitala resurser sköter såväl primära och sekundära uppdrag samt skapar en god nationell täckning. Varje helikopter har alltid läkare ombord och flygplanen har alltid sjuksköterska samt även läkare vid behov. Utöver detta finns 7 SAR-helikoptrar som flygs av försvaret med läkare ombord. Dessa är en del av luftambulanstjänsten (LAT HF).

LAT HF organiserar luftambulansen och ägs av Helseregionerna samt är upphandlande och kontrollerande myndighet för civila helikoptrar och flygplan.



Alla helikopterbaser har även bilar för uttryckning vilka täcker de större städerna i landet, Oslo har ett flertal läkarbilar.

Utdalmering sköts av Flykoordineringscentralen för fixed-wing i Tromsø samt av en professionaliserad tjänst i form av 4 luftambulanskoordineringscentraler; i Tromsø, Bergen, Oslo samt Trondheim. Tidigare sköttes detta av 11 olika AMK (akut medicinsk koordinering)-centraler men för att få en bättre tjänst i form av utdalarmering samt flightfollowing har verksamheten nyligen koncentrerats till 4 platser.

Danmark

I Danmark finns en gemensam helikopterorganisation som ägs av de 5 Helse-regionerna. Helse-regionerna upphandlar och kvalitetskontrollerar den upphandlade helikopteroperatören (idag NLA). Idag finns totalt 4 helikoptrar som genomför både primära och sekundära uppdrag. Uppdragen koordineras nationellt av en HEMS-desk. Utöver detta finns det danska försvarets SAR-helikopter som är läkarbemannad.

I Danmark finns också ett system av ett tjugotal läkarbilar dygnet runt organiserade utifrån Helse-regionerna. Enbart i Köpenhamn finns 5 läkarbilar varav 3 är i tjänst dygnet runt.

Finland

I Finland organiseras helikopterverksamheten av FinnsHEMS – ett bolag som ägs gemensamt av universitetssjukhusen som handlar upp och kvalitetskontrollerar verksamheten. FinnsHEMS kommer att tas över av Finska staten. FinnsHEMS har handlat upp ett antal olika operatörer som sammanlagt flyger med 6 helikoptrar stationerade på 6 olika baser. Man planerar för att öka antalet baser till 8.

Samtliga helikoptrar är läkarbemannade. Helikoptrarna används framförallt för primäruppdrag medan längre sekundäruppdrag utförs i huvudsak med flygplan. I Helsingfors görs många transporter markburet med läkarmedverkan.

Framåtblick

Varför nationell högspecialiserad vård?

Våra nordiska grannländer har kommit betydligt längre i sin utveckling vad gäller att organisera såväl luftburen som markburen intensivvård samt intensivvårdstransporter på nationell nivå. Till detta har vi i Sverige lång väg med dagens system.

Förslaget innebär dock en nationell lösning för de intensivvårdskrävande patienttransporterna. Med detta system har patientansvarig läkare ett telefonnummer att ringa för att få tillgång till ett transportteam med hög kompetens för denna typ av transporter och som tar över vårdansvaret under transporten. Idag förekommer många olika lösningar för intensivvårdstransporter, till viss del på grund av olika avtal och rutiner i regionerna, och vid beställning finns det risk att inte uppdragen kan utföras inom rimlig tid.

Dessa transporter är komplexa och för att uppnå god kvalitet krävs insatser från flera professioner och discipliner med specifik kompetens. Att koncentrera denna vård till färre enheter, som har dedikerade team med rätt kompetens för dessa transporter, kommer att öka patientsäkerheten. Team som är upptränade att arbeta oavsett transportfordon – helikopter, flygplan och vägambulans – kommer också medföra en säkrare arbetsmiljö för medarbetaren.

Med ett övergripande ansvar för, och möjlighet, att logistiskt planera sekundära intensivvårdstransporter i Sverige kommer de gemensamma resurserna att kunna utnyttjas bättre – både vad gäller kompetens och dyr utrustning. Förslaget skulle också lösa vissa av dagens problem med samordning och beställning av dessa transporter, och fler transporter skulle kunna utföras med optimalt fordon.

Uppdraget som NHVe kan komma att kräva investeringar, exempelvis investering i fordonsresurser och specialiserade transportteam. Förslaget medför att alla regioner inte behöver avsätta kompetens för dessa transporter, vilket kan vara ett problem i mindre regioner där det finns färre personella resurser att tillgå. Om resurserna används mer optimalt kan vissa besparingar också göras i och med att varje region inte behöver göra egna investeringar. Befintliga resurser kan också användas på ett mer effektivt sätt genom samordnad koordinering och dirigering av transporter, exempelvis genom att flyga mindre tomt.

Detta system säkrar också de allra svåraste sekundärtransporterna. Idag kan det vara så att regioner som inte "äger" sina egna transportresurser kan ägna lång tid att beställa och organisera en transport. I många fall behöver patienter flyttas för att de är för sjuka för att vara kvar på den enhet där de vårdas. Och då faller det på avsändande enhet att organisera, och medfölja

vid transporten. Med detta förslag skulle ett erfaret team ta över patienten direkt som de anländer för att hämta upp denne. Detta frigör tid och resurser till övriga patienter på avsändande enhet.

Resonemang kring antal enheter

Fyra NHV-enheter, med minst ett specialiserat transportteam per enhet, bör kunna ha en nationell täckning dygnet runt för alla intensivvårdskrävande sekundärtransporter (vuxna och barn) med en inställetid på 1-3 timmar från beställning tills teamen övertar patientansvaret. Av dessa team ska minst två ha kompetens att transportera intensivvårdskrävande barn.

Gällande neonatala transportteam bör dessa vara sex stycken och förslagsvis finnas i anslutning till befintliga neonatalavdelningar vid universitetssjukhus. Dessa team bör fördelas på de fyra NHV-enheterna.

Enheterna bör vara fördelade i landet med hänsyn taget till befolkningsunderlag och geografi, exempelvis med minst ett transportteam i Norr, ett i Mitt och ett i Syd.

De fyra NHV-enheterna ska ha en övergripande ingång med logistikfunktion och samarbeta kring denna. Det är i förslaget teamen tillsammans med logistikern som avgör vilket transportmedel som är lämpligt för transporten.

Förslag till värdkedja/flöde

Vid behov att flytta en intensivvårdskrävande patient över regiongräns mellan sjukhus ska NHVe kontaktas. Detta görs genom ett utsett/dedikerat telefonnummer för att beställa transport med hjälp av specialiserade team. Det är ansvarig intensivvårdsläkare eller neonatolog/barnspecialist på avsändande eller mottagande IVA/BIVA/NeoIVA som gör den medicinska bedömningen och prioriteringen och därefter beställer transport.

Efter beställning kontaktar den logistikansvariga närmsta tillgängliga transportteam för att utföra transporten. Logistikern kontaktar det team som just nu kan nå patienten snabbast eller vid adekvat tid, vilket ibland kan innebära kontakt med ett transportteam från annan NHV-enhet. Den logistikansvariga kan behöva ta hänsyn till eventuella samtidighetskonflikter och måste återkoppla till beställaren när teamet kan vara på plats. Enheterna behöver således samarbeta kring dirigeringsfunktion och beställningar och svarstiden för en beställning bör vara maximalt 90 sekunder.

De intensivvårdskrävande transporterna utförs av specialiserade transportteam som ska ha en inställetid på max 1-3 timmar från beställning tills teamen övertar patientansvaret. Teamen utför transporterna enligt gemensamma riktlinjer, för att säkra rätt kompetens. Teamen behöver träna olika scenarion regelbundet för att de ska kunna upprätthålla kompetensen. Teamen ska kunna arbeta i olika fordon som ambulanshelikopter, ambulansflygplan och vägambulanser, och det är teamen som tillsammans med logistikansvarig avgör vilket transportmedel som är lämpligt och finns tillgängligt för uppdraget. Under transport behöver teamen återkoppla till den beställande läkaren på avsändande/mottagande intensivvårdsavdelning hur de ligger till och vad de gjort.

Teamen hjälper varandra att täcka upp vid behov samt ser till att transporterna fungerar även under jourtid. De bör ha en beredskapsplan med flera möjligheter att lösa alla transporter.

Enheterna bör ha i uppdrag att ta fram ett system där vårdgivare kan registrera behov av planerade transporter som att exempelvis flytta hem patienter. Detta är inte en del av definitionen, men kan ge positiva samordningseffekter och bättre utnyttjande av gemensamma resurser. Under särskilda händelser som exempelvis större olyckor skulle teamen också kunna hjälpa till, även om det då skulle gälla företrädesvis primäruppdrag. Det finns heller inget hinder att använda dessa team vid intensivvårdstransporter som utförs inom en region men då är det inte nationell högspecialiserad vård. Det får dock inte påverka NHV-enhetens förmåga att utföra sitt NHV-uppdrag.

NHV-enheterna behöver öppet redovisa vad det kostar att använda sig av de olika transportteamen kopplade till NHV.

Framtidsvision

Sakkunniggruppen anser att det finns en stor fördel med ett sammanhållet nationellt transportsystem, i likhet med de som finns i våra grannländer. Ett nationellt grepp med en nationell organisation i form av upphandling, utplacering, kvalitetskontroll samt finansiering behöver tas i Sverige för att vinna såväl fördelarna med rationell drift samt jämlik vård i landet. Denna framtidsvision är dock inte en del av nuvarande förslag till definition, men beskrivs kortfattat nedan.

I ett framtidsscenario vore det optimalt med en organisation av luftburna transportresurser med enheter som kan utföra både primär- och sekundäruppdrag med rätt kompetens och nationell täckning, och där teamen kan infinna sig inom 30 minuters flygtid. I ett system med 15-16 baser (se figuren nedan), som koordineras/dirigeras av koordineringscentraler, finns tillräckligt många baser för att kunna göra både primäruppdrag och sekundäruppdrag på ett tillfredställande sätt – med rätt kvalitet i rätt tid.

Om principen om 90 min flygtid används och man primärt väljer ett system för sekundärtransporter bör färre baser kunna täcka landet. Dock kan antalet helikoptrar variera för att täcka nationellt behov, exempelvis utifrån befolkningsmängd och uppdrag.

I dagsläget ser gruppen inte att detta kan införas inom ramen för NHV-systemet, men förslaget att koncentrera de intensivvårdskrävande transporterna och samordna logistiken kring dessa kan vara ett steg på vägen. I sakkunniggruppens förslag ingår dock inte transportfordon, utan teamen ska kunna arbeta i alla typer av transportfordon som ställs till förfogande.

**30 minuters flygtid ifrån nedanstående baser**

- Lund
- Karlskrona
- Visby
- Jönköping
- Göteborg
- Linköping
- Stockholm
- Uppsala
- Karlstad
- Mora
- Östersund
- Sundsvall
- Umeå
- Luleå
- Storuman
- Gällivare

Baserat på 140 kt

**90 minuters flygtid ifrån nedanstående baser**

- Lund
- Göteborg
- Linköping
- Uppsala
- Stockholm
- Östersund
- Umeå
- Gällivare

Baserat på 150 kt vilket ger aktionsradie på ca 40 mil

Figur 1. Förslag på nationell täckning av baser med 30 respektive 90 minuters flygtid/inställelsetid. Baser med 30 minuters inställelsetid kan användas för både primär- och sekundäruppdrag. Observera att detta INTE är en del av förslaget till NHV.

Särskilda villkor

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till särskilda villkor. Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilka särskilda villkor som ska gälla för tillstånden. De generella villkoren regleras i Socialstyrelsens [föreskrifter](#) (HSLF-FS 2018:48) om nationell högspecialiserad vård. Sakkunniggruppen ansvarar för att ta fram förslag till särskilda villkor för respektive område. Förslagen ska återspegla definitionen och i viss mån vara vägledande vid tilldelning av tillstånd. De föreslagna särskilda villkoren för aktuellt tillstånd kan komma att justeras av nämnden när beslut om tillstånd fattas.

Kritisk personalkompetens

- Verksamhetsansvarig med kunskap inom intensivvårdstransporter
- Logistik-samordnare/dirigent med kompetens inom intensivvård samt kännedom om transportmedel och svensk geografi
- Specialiserade team med specifik kompetens inom intensivvårdstransporter:
 - Transportteam för vuxna intensivvårdspatienter ska ha specialistläkare och specialistsjuksköterska inom anestesi och intensivvård
 - Transportteam för barnintensivvårdspatienter ska ha specialistläkare och specialistsjuksköterska med kompetens i barnintensivvård
 - Transportteam för neonatala intensivvårdspatienter ska ha neonatolog och specialistsjuksköterska inom barnsjukvård
 - Personal i transportteamen ska vara utbildade i att bedriva intensivvård i olika ambulanstransportfordon (ambulanshelikopter, ambulansflygplan och vägambulanser).
- Varje enhet ska ha minst ett specialiserat transportteam. Teamen bör vara geografiskt fördelade i landet för att tillsammans uppnå nationell täckning:
 - Minst fyra specialiserade transportteam för intensivvårdskrävande sekundärtransporter (vuxna). Minst två team med kompetens att transportera intensivvårdskrävande barn.
 - Sex neonatala transportteam. Dessa team bör fördelas på de fyra NHV-enheterna.
 - Hur teamen placeras är beroende av vilka fordon de kommer att ha tillgång till. Dock ska de ha inställetid på 1-3 timmar efter kontakt med NHVe.

Kritisk utrustning, lokaler

- Enheterna ska ha utrustning för att dirigera, kommunicera med och följa fordon
- Enheterna ska ha informationssystem för att kunna överföra rätt information till transportteam och beställande läkare
- Tillgång till transportresurser för intensivvård
- Teamen ska ha utrustning för att bedriva intensivvård under transport (exempelvis IVA-transportbår och transportkuvöser). Utrustningen ska vara godkänd för att få användas i de fordon de är tänka att användas i.

Andra kompetenser eller förutsättningar för att vården inom det definierade området ska kunna bedrivas

- Logistikstöd från transportkunnig läkare, för att ge fördjupad bild vid samtidighetskonflikter och kontakter med tjänsteman i beredskap etc.

Övrigt

- Enheterna ska ta fram och följa gemensamma riktlinjer för transport av intensivvårdspatienter (dokumentation, medicinskt ansvar, komplicerade/sällanfall, protokoll mm)
- Enheterna ska samarbeta gällande den interregionala koordineringen och dirigeringen av transportresurser
- Enheterna ska ha en väg in för beställning
- Enheterna ska vara operativa dygnet runt. Ett visst antal team ska också vara tillgängliga dygnet runt (utefter nyttjandegrad)
- Enheterna ska samordna sig för att ha en geografisk täckning över hela Sverige
- Enheterna ska bidra till att forskning och kvalitetsuppföljning inom området bedrivs
- Enheterna tar fram gemensam certifiering och ackreditering av personal i transportteamen, inkl. plan för kompetensutveckling
- Enheterna ska ha nära samarbete med övriga aktörer inom luftburna transporter
- Enheterna ska verka för att ta fram ett system för insamlande av transportbehov inklusive planerade transporter som inte är akuta.

Konsekvensanalys

Nedan följer sakkunniggruppens konsekvensanalys av sitt förslag till att koncentrera definierad vård.

Socialstyrelsens beslut föregås av en bred remiss och beredning för att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet. Beredningsgruppen (B1) utgår från sakkunniggruppernas underlag och remissvaren för att göra en övergripande analys av systemeffekterna, framförallt förmågan att bedriva akut sjukvård.

Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp (B2). Beredningsgruppen ska tillsammans representera följande perspektiv: länssjukvård, akut vård, universitetssjukhusvård och medicinsk fakultet. Systemkonsekvenser t.ex. påverkan på akutsjukvården, patienttransporter samt utbildning och forskning får beaktas vid en fördelning av tillståndet/tillstånden om det är för att säkerställa patientens bästa.

Patientperspektiv (vårdkvalitet, tillgänglighet, närhet etc.)

Tillgänglighet till transportbeställningar skulle kunna förbättras med föreslagna definition. Vägen in till beställning skulle bli tydligare och mer lika i hela landet. Dessutom skulle tiden som kliniskt verksamma läkare lägger på att beställa transporter minska. Dedikerade team som transporterar patienten skulle medföra att patientsäkerheten blev bättre när kompetensen i transporterna höjs. Om transportresurserna är få, är det möjligt att den definierade vården kan medföra viss undanträngning i systemet. Men förslaget med NHVe kan tydliggöra vilka resurser som finns att tillgå på nationell nivå, och brist på resurser i systemet kan bli tydligare än idag.

Påverkan på utbildning, kunskaps- och kompetensöverföring

Förslaget innebär att intensivvårdsläkare på avsändande sjukhus får färre intensivvårdskrävande transporter att organisera och själva utföra, vilket sannolikt skulle minska kompetensen för att beställa och genomföra vissa extremt tidskritiska transporter. Om systemet skulle kunna hantera alla typer av transporter, så som beskrivs i framtidsvisionen med ett sammanhållet nationellt transportsystem, skulle denna risk bli betydligt lägre.

De allra mest tidskritiska uppdragen, där patienten behöver flyttas inom en timme, måste regionerna fortsatt ha beredskap för samt kunna utföra.

Påverkan på forskning (t.ex. forskarutbildning, forskningsmeriterade medarbetare, kliniska prövningar)?

Det finns som beskrivet ovan inte så mycket forskning gällande intensivvårdstransporter i Sverige, och med förslaget till NHV kan möjligheten för att beforska detta område öka. Med ett transportuppdrag som ligger på färre huvudmän kan det bli enklare att komma åt data angående dessa transporter.

Förslaget skulle innebära ökade möjligheter att intensivvårdskrävande transporter genomförs av specialiserade team, bättre möjligheter att få tillgång till transportdata såväl medicinska som logistiska, medicinsk-tekniska och avvikelser.

Eftersom de specialiserade transportteam som är knuta till detta NHV-område, ofta utgår från universitetssjukhusen är det rimligt att anta möjligheten till öka transportmedicinsk forskning i form av magisteruppsatser, forskarutbildning och vidare forskarmeritering i Sverige kommer att öka. De specialiserade teamen och även NHVe kommer att behöva samarbeta vilket underlättar att genomföra multicenterstudier.

En förutsättning för att kunna utvärdera, utveckla och beforska området är dock att befintliga kvalitetsregister inom området ses över och kompletteras med faktorer som mäter kvalitet och ger diskriminerande information om hur, vem och varför transporter utförts.

Påverkan på närliggande områden

Med tillgång till specialiserade team för intensivvårdstransporter kan viss undanträngning ske när dessa resurser tas från sin kliniska verksamhet. Det kan dock vägas upp av att personal på avsändande enheter inte behöver lägga tid och kraft på att organisera och utföra transporter. En fördel är att personalen som arbetar i teamen kan få bättre och mer strukturerad utbildning gällande transporter.

Eftersom det inte finns någon samordning alls på nationell nivå kring transporter idag skulle denna organisering av sekundära transporter öka möjligheten att samordna transporterna totalt sett i landet.

Verksamhetsperspektiv (konsekvenser av utökad/minskad verksamhet på vårdkvalitet, resursförbrukning, kostnader, kompetensförsörjning etc.)

Området är komplext, dels för att det innefattar komplicerade och högspecialiserade transporter och dels för att förslaget till NHV innebär en ny typ av verksamhet som inte finns idag och inte tillhör ett befintligt verksamhetsområde. Det handlar fortsatt om slutenvård, men som bedrivs utanför sjukhuset och under transport. Vården kräver specialiserade team, som behöver finnas under NHVe, vilket är nytt och inte beprövat.

Eftersom förslaget till NHV utgår från de transportresurser som finns för intensivvårdstransporter i Sverige idag, behöver NHVe och transportteamen ha mandat att ta beslut om fördelning av de resurser som ställts till förfogande – för att uppnå god och jämlik vård. En konsekvens skulle kunna vara att regionernas transportresurser för primäruppdrag kan behöva användas som nationella resurser. Något som kan leda till samtidighetskonflikter och svårigheter för regioner att ställa sina transportresurser till förfogande. Dessutom är dagens transportresurser för den här typen av intensivvårdsuppdrag få (och använder samma resurser som primäruppdragen både gällande fordon och personal), vilket kan göra förslaget utmanande. Det skulle kunna vara så att det behövs nya investeringar i transportresurser för att få detta att fungera. Det kommer dock att bli en ökad samordning av uppdragen vilket skulle kunna spilla över på nyttjandet av transportresurserna.

Uppdraget som NHVe kan komma att kräva investeringar, främst i utbildningen av transportteam. Men om resurserna delas nationellt och kan användas mer optimalt kan vissa besparingar också göras i och med att varje region inte behöver göra egna investeringar gällande dedikerad personal till transporter. Befintliga resurser kan också användas på ett mer effektivt sätt. Exempelvis kan en starkare samordning av dessa transporter underlätta ett mer effektivt användande av transportresurser och innebära att fler uppdrag utförs med samma fordon (flyga mindre tomt).

NHV-enheterna behöver öppet redovisa vad det kostar att använda sig av de olika transportteamen kopplade till NHV. Detta skulle öka följsamheten och göra det möjligt att planera för denna typ av vård i regioners budget.

Sakkunniggruppen anser att statlig finansiering av en nationell resurs för intensivvårdskrävande transporter skulle minska risken att varje region hittar sina egna lösningar för att förflytta dessa patienter.

Förutsättningar att utöka aktuell verksamhet och framtidsplanering

I framtiden kommer transporterna att öka. Detta eftersom mer vård koncentreras samt att sjukvården utvecklas och kan omhänderta mer komplexa patienter och genomföra fler interventioner. För att hela transportsystemet ska fungera i framtiden vore det önskvärt med ett nationellt transportsystem likt det som finns i våra nordiska grannländer.

Uppföljning och utvärdering

Nedan följer sakkunniggruppens förslag till uppföljningsmått för årlig rapportering av den definierade vården. Uppföljningsmåttén genomarbetas och fastställs av Socialstyrelsen i dialog med framtida tillståndsinnehavare.

Tillståndsinnehavarna av nationell högspecialiserad vård ansvarar för inlämning av årsrapporter till Socialstyrelsen samt uppföljning av sina verksamheter (egenkontroller). Socialstyrelsen ansvarar för fördjupad utvärdering av tillstånden för nationell högspecialiserad vård.

- Antal utförda uppdrag
- Svarstid inom 90 sekunder
- Andel uppdrag där responstiden är inom 3 timmar samt andel tidsförsenade uppdrag och en kvalitativ analys av orsaker till detta
- Antal avvisade uppdrag på grund av samtidighetskonflikt (som gått vidare till annan NHVe) eller fel patientkategori
- Antal allvarliga avvikelser under transport pga bristfällig kompetens eller transportresurser (medicinska komplikationer, logistik, transportfordon, medicintekniska eller annat)

Referenser

Detta underlag är ett förslag på vilken vård som bör koncentreras till nationella enheter. Referenser som beskriver fördelar eller nackdelar med att koncentrera viss vård är relevanta att hänvisa till i underlaget. Referenser till forskningsstudier som beskriver patientgrupper, vårdformer, behandlingsmetoder och liknande är ej relevanta för frågeställningen. Däremot kan det vid behov vara lämpligt att hänvisa till eventuella nationella riktlinjer eller vårdprogram, i stället för att i detalj beskriva dessa i underlaget.

Sakkunniggruppen har inte genomfört någon strukturerad litteratursökning som undersöker frågeställningen om koncentration av viss vård inom området sjukvårdstransporter. Deras bedömning utgår från internationell utblick, klinisk erfarenhet och kunskap om den svenska sjukvårdens struktur inom området.

Deltagare i sakkunniggrupp

Samverkansregion Göteborg: Per Arnell, Specialist i anestesi och intensivvård, Verksamhetschef Ambulanshelikopter VGR

Samverkansregion Linköping: Robert Larsen, Specialist i anestesi och intensivvård, Ansvarig för transportverksamheten vid Högisoleringsenheten i Linköping

Samverkansregion Lund/Malmö: Håkan Klementsson, Specialist i akutsjukvård, ÖNH och Allmänmedicin, Registerhållare AmbReg, ordf. FLISA

Samverkansregion Stockholm: Mikael Rolfs, Specialist i anestesi och intensivvård, med vid uppstart av PETS-transporter på Karolinska sjukhuset, tidigare chefläkare på SOS Alarm, Medicinskt ledningsansvarig IVA Mälarsjukhuset.

Samverkansregion Stockholm: Samuel Åberg, Specialist i anestesi och intensivvård, tidigare Ambulansöverläkare på Gotland

Samverkansregion Umeå: Johannes van den Berg, Specialistsjuksköterska i anestesi, Neonatalsjuksköterska, Transportledare för Barnklinikens neonatala transportteam i Umeå

Samverkansregion Uppsala/Örebro: Per Bondegård, Specialistsjuksköterska i intensivvård, Sektionschef Luftburen Intensivvård

Patientnyttan ska genomsyra arbetet i sakkunniggruppen och patientperspektivet ska beaktas i sakkunniggruppens förslag till koncentration av viss vård. Socialstyrelsen lyfter aktivt dessa frågor utifrån sitt uppdrag. Inga relevanta föreningar har kunnat identifieras för det aktuella vårdområdet och inte heller någon relevant enskild förespråkare.

Om nationell högspecialiserad vård

Den 1 juli 2018 genomfördes ändringar i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), HSL, som innebär en ny beslutsprocess för den nationella högspecialiserade vården. I 2 kap. 7 § HSL definieras nationell högspecialiserad vård som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Vid bedömningen av om en åtgärd ska utgöra nationell högspecialiserad vård ska hänsyn särskilt tas till om vården är komplex eller sällan förekommande och om den kräver en viss volym, multidisciplinär kompetens eller stora investeringar eller medför höga kostnader (se 7 kap. 5 § HSL).

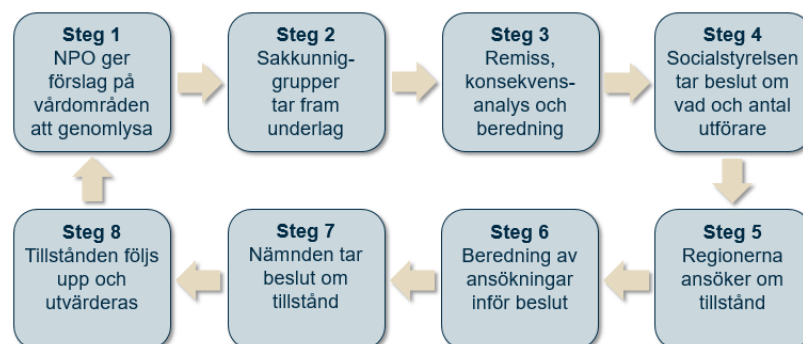
Syftet med att koncentrera den högspecialiserade vården nationellt är att det ska leda till ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. En ökad samordning av specialiserade sjukvårdsinsatser bör även ge bättre förutsättningar för en jämlik vård i hela landet och ett mer effektivt resursutnyttjande.

För vården innebär denna nivåstrukturering en möjlighet att profilera sig inom olika områden och bygga upp olika specialistcentra. Ett större patientunderlag för en högspecialiserad verksamhet skapar nödvändiga förutsättningar för att bedriva hög-kvalitativ forskning, utbildning och rekrytera spetskompetens.

Socialstyrelsen samarbetar med regionernas system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård och engagerar profession och patientrepresentanter i arbetet med att definiera vilken vård som ska anses vara av nationell karaktär.

Hänsyn ska tas till hela vårdkedjan. Riktlinjer, vårdprogram, vårdresultat och register-data ska beaktas i definition av vårdområden och framtagande av kunskapsunderlag för nationell högspecialiserad vård.

Arbetsprocessen för att nivåstrukturera vården på nationell nivå består av åtta steg:



Representanterna i nationella programområdet (NPO) förväntas ha särskilt god kunskap inom sitt vårdområde för att kunna ge underlag till steg 1 i arbetsprocessen. NPO ansvarar för uppgiften att ta fram förslag på vårdområden som ska genomlysas samt att ge förslag på personer till de sakkunniggrupper som i steg 2 tar fram underlag inför beslut om nationell högspecialiserad vård.

NPO ska inhämta kunskapsläget nationellt och internationellt och därefter föreslå områden som skulle kunna utgöra nationell högspecialiserad vård. För att stödja arbetet med att ta fram förslag på områden (t.ex. en diagnostisk metod, ett kirurgiskt ingrepp, en avancerad medicinsk behandling, en rehabiliterande insats) vid ett visst hälso- eller sjukdomstillstånd har Socialstyrelsen tagit fram kriterier som arbetet ska utgå ifrån.

Sakkunniggruppens huvuduppdrag är att beskriva den del i vårdkedjan som är aktuell för nationell högspecialiserad vård samt rekommendera hur många enheter denna vård bör bedrivas på. Sakkunniga ska ha ett nationellt perspektiv med patientens bästa som främsta målsättning.

Sakkunniggruppernas underlag skickas ut på en bred remiss. Socialstyrelsen sammanställer inkomna synpunkter och därefter kan sakkunniggruppen komplettera sitt underlag eller göra eventuella förtydliganden.

Sakkunniggruppens underlag och remissvar lämnas över till en beredningsgrupp vars uppdrag är att säkerställa att koncentration av den föreslagna vården inte ska ge stora negativa konsekvenser för hälso- och sjukvårdssystemet.

Efter beredning beslutar Socialstyrelsen vilken vård som ska nivåstruktureras samt antalet enheter i landet som får bedriva den tillståndspliktiga vården.

Nämnden för nationell högspecialiserad vård beslutar om vilken/vilka region/regioner som ska få bedriva definierad vård på nationell nivå. Inför nämndens beslut kommer Socialstyrelsen också att inhämta ett yttrande från en av regionerna utsedd beredningsgrupp.