

FAKTA

Vägen till nationell högspecialiserad vård

Genom avancerade grupparbeten och omfattande kartläggning håller vårdkartan på att ritas om. Dagens rikssjukvård och den regionala nivåstruktureringen inom cancer är på väg att ersättas av en annan form av centralisering. Omkring fem procent av sjukhusvården har uppskattats bli högspecialiserad och ska drivas på fem eller färre platser i landet.

Nya sakkunniggrupper tillsätts löpande. Prognosen är att alla områden är klara 2023. Områden kan tillkomma och tas bort om behoven ändras.

► **Uppföljning och utvärdering** av tillstånden. Tillståndsinnehavarna ansvarar för att årligen rapportera resultat och tillgänglighet till Socialstyrelsen. Socialstyrelsen ansvarar för återkommande fördjupad uppföljning och utvärdering.

► **Beslut om tillstånd** fattas av en nämnd med sex politiker från respektive sjukvårdsregion.

► **Ansökningarna** behandlas av en andra beredningsgrupp med två representanter från respektive sjukvårdsregion som gör en utökad konsekvensanalys.

► **Ansökningsprocessen startar.** De regioner som vill ansöka om tillstånd gör detta hos Socialstyrelsen.

► **Representanter från** de 24 nationella programområdena, NPO, har tagit fram förslag på vilka sjukdomar och tillstånd inom sina respektive områden som kan bli aktuella för nationell högspecialiserad vård. Förslagen ska lämnas till Socialstyrelsen senast den 31 mars.

► **De förslag som är** klara läggs ut på Socialstyrelsens webb för synpunkter och kompletteringar. Nu kan specialist- och yrkesföreningar, patientföreträdare och andra lämna sina åsikter och kompletteringsförslag. I detta steg ska vård som inte faller inom någon av NPO:erna fångas upp.

► **Socialstyrelsen bjuder in** representanter från bland annat regioner, universitetssjukhus samt specialist-, yrkes- och patientföreningar. Nu ska förslagen diskuteras för en bredare genomlysning.

► **Socialstyrelsen tillsätter** de första sakkunniggrupperna inom ett tiotal områden. Kraven är att gruppen ska: ha klinisk och vetenskaplig kunskap på området, vara multiprofessionell, ha representanter från hela landet och patientrepresentation. Nya sakkunniggrupper startas sedan fortlöpande.

► **Sakkunniggrupperna analyserar** vårdområdena utifrån NPO:ernas förslag. De analyserar även konsekvenserna av en koncentration inom sitt vårdområde. De lämnar förslag på vid hur många enheter vården ska bedrivas och vilka krav på till exempel kompetens och utrustning, som ska ställas på de som ska driva den.

► **Sakkunniggruppernas förslag** går på remiss. Sedan tar en särskild en beredningsgrupp över med bland annat experter inom hälso- och sjukvårdssystem. Här ingår också experter på akutvård.

► **Socialstyrelsens generaldirektör** fattar beslut om vilka områden som ska bli nationell högspecialiserad vård och vid hur många enheter i landet den ska bedrivas.

Informationsutbyte avgörande

► **Det är huvudmännen** och inte Socialstyrelsen som kommer ha ansvaret för att det finns fungerande system för utbyte av vårdinformation. Det är avgörande att de högspecialiserade enheterna kan skicka information om patienterna mellan sig.

Pilotområden

Parallellt med den ordinarie processen pågår piloter inom två områden. De första besluten om var dessa ska drivas tas i december 2019:

Kvinnosjukdomar och förlossning

- 1 Avancerad kirurgi vid endometrios
- 2 Trofoblastsjukdomar (samlingsnamn för en grupp graviditetsrelaterade tumörer)
- 3 Avancerad fostermedicin

Nervsystemets sjukdomar

- 1 Avancerad behandling av Parkinsons sjukdom
- 2 Ryggmärgsskadevård
- 3 Moya-Moya cadasil

(För område 1-3 har sakkunniggrupper lämnat förslag till beslut)