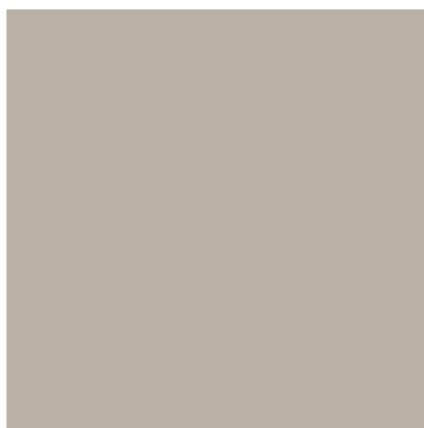




Budget 2009 och planering 2010-2011

FÖR HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSNÄMNDEN



Innehåll

Inledning	2
Sammanfattning	3
1 Mål och uppdrag för hälso- och sjukvården	5
1.1 Omvärldsperspektiv.....	5
1.2 Befolkningsutvecklingen.....	7
2 Direktiv för hälso- och sjukvården	9
2.1 Medborgarperspektivet.....	9
2.2 Patientperspektivet	9
3 Fokusområden	11
3.1 Tillgänglighet	11
3.2 Valfrihet.....	13
3.3 Vårdval	13
3.4 Publika jämförelser.....	14
3.5 Kommunikation med invånarna	15
3.6 Jämlik och jämställd vård.....	17
3.7 Förebyggande hälsovård.....	18
3.8 Prehospital vård	19
3.9 Primärvård	20
3.10 Förlossnings- och barnsjukvård, MVC, BVC och ungdomsmottagningar.....	22
3.11 Psykiatri och beroendevård	23
3.12 Äldresjukvård	24
3.13 Sjukhusvård	25
3.14 Läkemedel	27
3.15 Tandvård.....	28
3.16 Sjukskrivningar och rehabilitering	29
3.17 Miljö	30
3.18 Övrig verksamhet och viktiga förändringar.....	30
4 Verksamhetens ekonomi	33
4.1 Allmänna förutsättningar.....	33
4.2 Budget per verksamhetsområde	35
4.3 Verksamhetstal	41
4.4 Risker och möjligheter 2009	42
5 Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning	45
5.1 Personal	45
5.2 Miljö	48
6 Investeringar	49

Bilagor

1 Denna bilaga	4 Utökad kostnadsinformation
2 Budgeterad resultaträkning	5 Verksamhetstal
3 Budgeterad balansräkning	

Inledning

Budgetförslaget för HSN innebär en utökning på 1 509 mkr under 2009. Landstingsbidraget ökar med 3,9 procent jämfört med 2008. Motsvarande ökning 2008 var, jämfört med 2007, 5,4 procent.

Det är av vikt att kostnadsutvecklingen når en samhällsekonomisk hållbar nivå utifrån befintligt skatteunderlag men även utifrån en eventuellt kommande avmattning av konjunkturen.

För att få stabilitet i sjukvårdssystemen är det viktigt med anpassning till de skatteintäkter som kommer hälso- och sjukvården till del. Föreslagen budget innebär en stegvis nertrappning av kostnadsutvecklingen. Detta ger vårdgivarna en möjlighet att anpassa sin verksamhet över tid utifrån de ekonomiska förutsättningarna.

Ny styrmodell för den somatiska vården ger möjlighet för sjukhusledning, styrelser samt landstingsledningens produktionssamordning att själva arbeta mer aktivt med prioriteringarna och medicinsk utvecklingen inom verksamheterna. Utifrån en avtalslängd på 3 år och en ekonomisk planering som innebär en ökning av den totala hälso- och sjukvårdsbudgeten på sammanlagt 12 procent skapas de långsiktiga förutsättningarna för vårdverksamheterna att, via strukturella och kostnadssänkande åtgärder utveckla sina verksamheter så att de är i balans med befintliga ekonomiska ramar.

Sammanfattning

Landstingsbidraget till HSN 2009 kommer enligt landstingsstyrelsens beslut om budgetdirektiv den 27 maj 2008 att uppgå till 40,7 miljarder kronor. Landstingsbidraget ökar med 3,9 procent jämfört med 2007. Motsvarande ökning 2008 jämfört med 2007 var 5,4 procent.

Drygt 1,9 miljoner personer bor i Stockholms län vilket motsvarar 21 procent av rikets befolkning. Befolkningstillväxten är för närvarande högre än i övriga landet och länet förväntas öka med 90 000 personer fram till 2011. Under perioden 2009 – 2011 kommer framförallt antalet nyfödda och förskolebarn att öka liksom antalet personer i fertil ålder. Även gruppen 60 – 75 åringar ökar i antal. Stockholmarna lever allt längre men såväl det psykiska välbefinnandet som den hälsorelaterade livskvaliteten i befolkningen visar en negativ utveckling. Bättre preventiva insatser, tidigare diagnostik och bättre behandling har minskat dödligheten i cancer.

Övergripande mål för Stockholms läns landsting, sett ur ett medborgarperspektiv, är att medborgarna är nöjda med verksamheten. För vården innebär det att befolkningens förtroende för vården ska öka. För patientperspektivet är det övergripande målet att tillgängligheten till sjukvården ska vara sådan att vårdgarantin, 0-5-30-90, uppfylls till alla delar. Genom mätningar redovisas resultat i månads- delårs- och årsbokslut.

Den fortsatta utvecklingen av Vårdval Stockholm, tillsammans med införandet av ny styrmodell med flerårsavtal för sjukhusen, är de viktigaste förändringarna. Stockholms läns landsting har även betydande volymer vård som upphandlas enligt Lagen om Offentlig Upphandling (LOU).

Ersättningsystemen utvecklas så att kopplingen mellan vårdgivarens intäkter och patientens val är mer tydligt. Nya områden ska omfattas av vårdvalet varigenom fler vårdgivare får möjlighet att etablera sig. I den Mångfaldsplan som HSN antog den 22 maj 2008 beskrivs de områden där Vårdval Stockholm ska införas 2009 - 2011. Vidare fortsätter pågående utredning, Plan för utveckling av mångfalden inom öppen somatisk specialistvård, som innebär att ta fram förslag/underlag för utredning av nya vårdvalsområden alternativt upphandlingar.

Ny struktur ska tillämpas för det akuta omhändertagandet och vårdguiden ska vara vägen in i vården för många. Husläkarmottagningarna och lokala närakuter kommer att ansvara för den akuta vården för dem som inte behöver uppsöka akutsjukhusen. Vid akutsjukhusen kommer det att finnas lättakuter som avlastar akutmottagningarna. Lättakuter kommer att upphandlas 2009.

För psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård träder nya avtal i kraft första halvåret 2009. Genom kravspecifikationens utformning i upphandlingen utvecklas och effektiviseras verksamheterna så att valfrihet och tillgänglighet ökar vilket bl a innebär att brukar- och patientinflytande förbättras.

Folkhälsoarbetet ska utvecklas och införande av "Handling för Hälsa" ska bidra till att befolkningens hälsa förbättras. En utvärdering av de samlade prehospitala resurserna kommer att genomföras 2009. Förutsättningar för samverkan mellan vårdgivare ska skapas. Inom den basala hemsjukvården ska kraven förtydligas så att vårdbehoven hos äldre och multisjuka patienter tillgodoses. STI-översynens förslag kommer att införas och ungdomsmottagningarnas uppdrag utökas med resurser för smittspårning.

Kostnaderna för läkemedel bedöms öka med 8 procent 2009. Uppdraget att utarbeta ersättningsmodeller och regelverk inför genomförande av ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård pågår. Under 2009 ska ersättningsmodeller testas och fastställas för driftstart 2010. I ett samarbetsprojekt med andra landsting utreds möjligheterna att via positiva incitament stimulera privata specialister till ökad kvalitet i läkemedelsförskrivningen.

För att skapa utrymme för kostnadsökningar till följd av befolkningsökning, medicinsk utveckling och högre ambitionsnivå inom vissa områden innebär det ekonomiska utrymmet 2009 krav på inte oväsentliga effektiviseringar och effektiviseringar i vårdverksamheten. Dessa måste i enlighet med landstingstyrelsens direktiv ske både i form av generella effektiviseringar i storleksordningen 2 procent och mer riktade strukturella effektiviseringar och kostnadsförbättringar. Ett visst ekonomiskt utrymme skapas också genom lägre kostnader efter upphandlingar.

1 Mål och uppdrag för hälso- och sjukvården

Stockholms läns landsting har fastställt två policydokumenten, ”Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting” och ”Vård i dialog”. Dessa dokument ska ytterst säkerställa att vården utmärks av hög kvalitet och helhetssyn, där patienten och dennes närstående ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omsorg och respekt. Vidare ska vårdens resurser användas på ett så effektivt sätt, att de kommer så många behövande som möjligt till nytta.

1.1 Omvärldsperspektiv

Den statliga hälso- och sjukvårdspolitiken Prop 2007/08:1

Regeringen har angett följande mål för hälso- och sjukvårdspolitiken: ”Befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet”. Politikområdet Hälso- och sjukvård omfattar myndigheter och statliga insatser riktade mot hälso- och sjukvården och innefattar läkemedelsförmånerna, tandvårdsstödet, sjukvård i internationella förhållanden, bidrag till hälso- och sjukvård samt bidrag till psykiatri. Sammanlagt omfattar den statliga budgeten för dessa områden drygt 28 miljarder kronor.

Patientens rätt i vården SOU 2008:37

Utredningen om patientens rätt i vården ska slutredovisas den 15 december 2008. Ett delbetänkande om etableringsfrihet inom primärvården presenterades den 15 april 2008. I delbetänkandet Vårdval i Sverige föreslår utredningen att landstingen ska bli skyldiga att införa vårdvalssystem i primärvården. Vårdvalet ska ge patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare. Vårdgivarna ska fritt kunna etablera sig för att öka patienternas möjligheter att välja mellan olika vårdgivare.

Frittvalutredningen SOU 2008:15

I betänkandet LOV att välja - Lag Om Valfrihetssystem (LOV) föreslår utredaren att en lag om valfrihetssystem införs. Lagen är avsedd att fungera som ett frivilligt verktyg för de kommuner och landsting som vill konkurrenspröva verksamhet genom att överlåta valet av utförare till brukaren/invånaren. Den föreslagna lagen är ett alternativ till Lagen om Offentlig Upphandling (LOU) och är ett instrument för genomförande av vårdval. Den nya lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2009.

Patientdatalagen Prop 2007/08:126

Lagen träder i kraft den 1 juli 2008, och reglerar bl a sådana frågor som vårdgivarnas skyldighet att föra patientjournal, inre sekretess och elektronisk åtkomst i verksamheten.

EG-direktiv om mänskliga vävnader och celler Prop 2007/08:96

Genom riksdagsbeslutet avses att fullt ut fastställa kvalitets- och säkerhetsnormer för donation, tillvaratagande, kontroll, bearbetning, konservering, förvaring och distribution av mänskliga vävnader och celler. Lagen träder i kraft den 1 juli 2008.

Statligt tandvårdsstöd Prop 2007/08:49

I lagen, som träder i kraft den 1 juli 2008, ges en allmän definition av vilken tandvård som regeringen anser är så prioriterad att den ska kunna berättiga till statligt tandvårdsstöd. Den fria prissättningen på tandvårdsområdet behålls. En ny nämnd, Tandvårds- och läkemedelsförmånsnämnden, som ersätter Läkemedelsförmånsnämnden inrättas den 1 september 2008. Dagens högkostnadsskydd för patienter som är 65 år eller äldre ersätts av det nya statliga tandvårdsstödet.

Ny vårdform inom den psykiatriska tvångsvården

Riksdagen har fattat beslut om att fr o m 1 september 2008 införa en ny vårdform - öppen psykiatrisk tvångsvård i Lagen (1991:1128) om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT) respektive öppen rättspsykiatrisk vård i Lagen (1991:1129) om Rättspsykiatrisk Vård (LRV). Den nya vårdformen får bedrivas utanför sjukvårdsinrättningen och förutsätter bl a att patienten iakttar särskilda villkor, t ex skyldighet att underkasta sig medicinering eller hålla kontakt med viss person för att kunna ges nödvändig psykiatrisk vård. Beslut om denna vård fattas av länsrätten.

Rehabiliteringsgarantin

Arbetet med rehabiliteringsgarantin är en del av den fortsatta statliga satsningen på minskad sjukskrivning. Förvaltningen avser att återkomma till hälso- och sjukvårdsnämnden under 2008 om särskilda insatser så snart överenskommelse träffats mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om den nya rehabiliteringsgarantin.

EU:s lagförslag om patientrörlighet uppskjutet

Det förslag om patientrörlighet som kommissionen skulle ha publicerat 2007 drogs tillbaka och är nu uppskjutet. Förslaget var tänkt att klargöra vem som är ansvarig för kostnaderna och kvaliteten då EU-medborgare får vård/behandling i en annan medlemsstat än sin egen.

Katastrofmedicin Prop 2007/08:138

Som en del av svenska insatser utomlands föreslås landstingen i Stockholm, Västra Götaland, Skåne, Östergötland, Uppsala och Västerbotten att fr o m 1 september 2008 vara

skyldiga att upprätthålla en beredskap för katastrofmedicinska insatser utomlands. Landstingen får ersättning av staten för kostnader vid insatser på plats samt beredskap.

Funktionsnedsättning Ds 2008:23

FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning föreläggs riksdagen för ratificering hösten 2008. Landstinget ska utarbeta förslag till nytt handikappolitiskt program under 2009. Utgångspunkten blir då FN:s standardregler och konvention om rättigheterna för människor med funktionsnedsättningar.

Företagshälsovård Prop 2007/08:1

Enligt uppgift i regeringens budgetproposition för 2008 ska den nya företagshälsovården genomföras under åren 2008 – 2010. Förslaget innebär kortfattat att företagshälsovården också ska kunna fullgöra husläkaruppdraget.

Ändrad könstillhörighet SOU 2007:16

För att en transsexuell person skall få sin könstillhörighet ändrad krävs enligt lagförslaget, förutom att han eller hon skall vara konstaterat transsexuell, att han eller hon kan förväntas klara av att leva i en ny könsroll och ha fyllt 18 år. Det tidigare gällande kravet på att personen skall vara ogift har i princip tagits bort. Lagen förslås träda i kraft den 1 juli 2008.

Sjukhusens läkemedelsförsörjning Prop 2007/08:142

Fr o m den 1 september 2008 får vårdgivaren ökad frihet att organisera läkemedelsförsörjningen till eller inom sjukhus.

Lagrådsremissen om Ersättningsetablering m m för vissa privata vårdgivare

I lagrådsremissen Ersättningsetablering m m för vissa privata vårdgivare föreslås att en privat läkare eller sjukgymnast som har en etablering med rätt till ersättning enligt taxelagstiftningarna ska ha möjlighet att överlåta sin verksamhet till en annan läkare eller sjukgymnast. Överlåtelsen ska ske med tillämpning av LOU eller LOV och den övertagande vårdgivaren ska vara verksam på i princip samma villkor som den överlåtande vårdgivaren. Tilldelningskriterierna ska enligt förslaget beslutas i samråd med den överlåtande vårdgivaren.

1.2 Befolkningsutvecklingen

Den 30 juni 2008 bodde i Stockholms län drygt 1,9 miljoner invånare och befolkningstillväxten är för närvarande högre än i övriga landet. Den snabba befolkningstillväxten drivs framförallt av ett högt födelseöverskott. Den naturliga folkökningen är den högsta som observerats på ett kvarts sekel.

Under perioden 2008-2011 kommer framförallt antalet nyfödda och förskolebarn att öka liksom antalet personer i fertil ålder. Bland övriga åldergrupper är det gruppen 60-75 år som ökar i antal.

Befolkningsförändringar i länets kommuner och stadsdelar varierar mellan en minskning med 3 procent för stadsdelen Östermalm till en ökning med 24 procent för Rinkeby-Kista.

Invånare den 30 juni 2008

Drygt 1,9 miljoner (21 procent av rikets befolkning)

Befolkningsökning den 1 januari 2007 – 30 juni 2008

48 000 personer

90 000 förväntad ökning till 2011

Inflyttningsöverskott 2007

19 700 personer (inflyttade minus utflyttade)

14 700 av dessa flyttade in från utlandet

Födelseöverskott 2007

11 600 personer (antalet födda minus antalet döda)

27 500 barn föddes i Stockholms län 2007

Stockholmarna lever allt längre men såväl det psykiska välbefinnandet som den hälsorelaterade livskvaliteten hos medborgarna visar en negativ utveckling. Sedan 1970-talet har medellivslängden vid födseln ökat i Stockholms län med cirka sju år och är idag 78 år för män och 83 år för kvinnor. Denna utveckling fortsätter både bland män och kvinnor. Även återstående medellivslängd vid 65 år fortsätter att stiga. Spädbarnsdödligheten fortsätter att minska trots att den redan ligger unikt lågt internationellt sett.

Bland de folksjukdomar som har blivit vanligare på senare år märks depressioner, astma, allergier och fetma. Risken att insjukna i hjärt-/kärlsjukdom har minskat men hotar att öka igen på grund av fetmayoutvecklingen. Bättre preventiva insatser, tidigare diagnostik och bättre behandling har minskat dödligheten i cancer.

2 Direktiv för hälso- och sjukvården

Landstingsstyrelsen anger i budgetdirektiven till Hälso- och sjukvårdsnämnden mål för verksamheten 2009.

2.1 Medborgarperspektivet

Ett övergripande mål för Stockholms läns landsting är att medborgarna är nöjda med verksamheten. För närvarande mäts detta genom indikatorn vars inriktningsmål för 2009 för hälso- och sjukvården är att:

- Andelen av befolkningen som har stort förtroende för vården ska öka.

Uppföljning sker två gånger per år via mätningar i Vårdbarometern och redovisas i delårs- och årsbokslut.

2.2 Patientperspektivet

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Sjukvården ska vara tillgänglig, hålla en hög medicinsk kvalitet och vara säker.

Det övergripande målet för 2009 är att fortsätta förbättra tillgängligheten till sjukvården genom att:

Tillgängligheten i närsjukvården ska förbättras

- Andelen patienter som anser att det var en rimlig väntetid till besöket på vårdcentralen ska öka
- Andelen patienter som anser att det är lätt att komma fram på telefon till vårdcentralen ska öka.
- Öppettiderna till vårdcentralerna ska utökas.

Uppföljning sker kvartalsvis via mätningar i Vårdbarometern och redovisas i delårs- och årsbokslut.

Vårdgarantin ska uppfyllas inom fler områden

- Andelen patienter som får vård inom vårdgarantins gränser ska öka.

Uppföljning sker enligt 0-5-30-90 regeln. 0 = kontakt med primärvården samma dag och ska mätas kontinuerligt över året genom uppringning till varje enhet. 5 = besök till husläkare inom fem dagar och ska mätas månadsvis genom automatisk överföring av data från vårdgivarnas tidböcker. 30 = besök inom trettio dagar till specialistläkare samt 90 = behandling inom nittio dagar efter beslut och ska följas upp månadsvis via centrala väntetidsregistret (CVR). Resultatet överförs till nationella uppföljningsdatabasen på Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)

- Andelen medicinska områden där vård erbjuds inom vårdgarantins gränser ska öka

Uppföljning sker månadsvis och redovisas i månads-, delårs- och årsbokslut.

Förtroendet för vården ska förbättras

- Andelen patienter som har besökt en vårdcentral och som har ett stort förtroende för vården ska öka.
- Andelen av befolkningen som värderar den vård och behandling de fått som bra ska öka.

Uppföljning sker kvartalsvis via mätningar i Vårdbarometern och redovisas i delårs- och årsbokslut.

3 Fokusområden

3.1 Tillgänglighet

Inriktningsmål

Tillgängligheten till sjukvården ska vara sådan att vårdgarantin uppfylls till alla delar, 0-5-30-90.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utreda nya områden för införande av Vårdval Stockholm
- Införa ny styrmodell för sjukhusen
- Införa ersättningsmodeller som stimulerar tillgänglighet
- Mäta besökstillgängligheten inom husläkarverksamheten
- Utveckla och publicera publika jämförelser
- Inrätta lättakuter i anslutning till sjukhusens akutmottagningar
- Nya avtal inom psykiatri ska leda till ökad tillgänglighet
- Öka andelen direktinläggningar på geriatrisk klinik
- Förbättra fysisk tillgänglighet inom primärvården

Fler vårdgivare ska etablera sig genom den fria etableringsrätten. Konkurrensen som uppstår när ersättningen till vårdgivaren följer patienten ska stimulera till att erbjuda god tillgänglighet. För närsjukvården är vårdgarantins viktigaste krav att man som patient ska få kontakt med sin husläkarmottagning samma dag och att man ska erbjudas ett besök inom fem dagar. Dessa krav motsvaras av siffrorna 0 och 5 i vårdgarantin. Tid för specialistbesök ska erbjudas inom 30 dagar och behöver man någon form av behandling t ex operation ska den ske inom 90 dagar efter beslut.

Flerårsavtal upprättas med de större sjukhusen fr o m 2009. Ansvaret för vårdgarantins krav på tillgängligheten, d v s att inga köer uppstår inom ramen för vårdgarantin, överförs till vårdgivarna. I avtalen finns incitament för vårdgivarna som fokuserar på tillgängligheten och samarbete med andra vårdgivare. Informationsplikten till patienterna vidgas och innebär att vårdgivare som inte kan erbjuda vård inom vårdgarantins gränser ska upplysa om detta samt erbjudas besök eller behandling hos annan vårdgivare. Vårdgivare som inte uppfyller uppdraget att erbjuda patienten vård inom vårdgarantins gränser, internt eller i samarbete med annan vårdgivare, står för de faktiska kostnader som uppstår för patientens besök eller behandling hos annan vårdgivare.

Ersättningsmodellerna är inriktade på incitament som bidrar till ökad tillgänglighet, produktivitet, kvalitet och kostnadskontroll. Ersättningsmodellerna kommer att utvärderas och utvecklas. Ersättningssystemet inom ramen för den nya styrmodellen för akutsjukhusen måste noggrant följas och utvärderas. Kvalitetsersättningen är en annan viktig del att utvärdera och utveckla. Förvaltningen har för avsikt att fortsätta utarbeta ersättningssystemet för primärvården med större fokus på bl.a. på diagnos och åtgärder. Detta ligger också inom ramen för den nationella diskussion som pågår.

Besökstillgängligheten inom husläkarverksamheten mäts enligt ny metod 2009. Den nya metoden innebär att patientbokningsinformation kontinuerligt överförs till det centrala väntetidsregistret (CVR) från vårdgivarnas bokningssystem. Även vårdgivarnas täckningsgrad kommer att finnas tillgänglig.

Lättakuter inrättas i anslutning till sjukhusens akutmottagningar och samtliga husläkarmottagningar erbjuder mottagning kvällar och helger.

Tillgängligheten inom psykiatrin förbättras genom tydliga krav i upprättade avtal och jämförbarhet mellan vårdgivare.

Kvalitetsjämförelserna på Vårdguiden.se utökas med mödravårds- och barnavårdsverksamheterna. Vidare utökas informationsmängden i jämförelserna med uppgifter om medicinsk kvalitet. För att informera och underlätta valen för patienterna inom nya vårdvalsområden införs ranking av kliniker som utför höft- och knäledsoperationer, kataraktoperationer och förlossningar.

Andelen direktinläggningar på geriatrisk klinik ökar genom husläkarnas möjlighet till direktkontakt med geriatriken.

Enligt landstingets handikappprogram ska enkelt avhjälpbara hinder (enligt Boverkets regelverk) vara åtgärdade senast 2010. Dessa krav finns också inskrivet i Regelboken för auktorisation. Locum AB har genomfört en inventering av c:a 200 auktoriserade vårdgivare inom primärvården för att identifiera hinder i entréer, trappor, skyltning, etc fram till receptionen. Inventeringarna har ställts samman i rapporter med förslag till åtgärdsprogram för respektive vårdgivare.

Kraven i Regelboken har fr o m 2009 skärpts avseende handikapptillgängligheten. Syftet är att alla nya lokaler ska vara tillgängliga för funktionshindrade och att vårdgivaren, innan avtal skrivs, ska veta att lokalen är godkänd.

3.2 Valfrihet

Inriktningsmål

Kvaliteten i sjukvården ökar när medborgarna fritt väljer sin vårdgivare oavsett var i länet man bor.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa fler vårdvalsområden
- Ge underlag för val av vårdgivare genom Vårdguidens kanaler
- Basera ersättningen till vårdgivarna på patientens val

Genom att fler vårdvalsområden tillkommer under 2009 bereds fler vårdgivare möjlighet att ansöka om auktorisation. Fler auktoriserade vårdgivare medför att invånarna får fler valmöjligheter.

Via Vårdguiden.se på Internet och Vårdguiden som tidning samt Mina vårdkontakter via webben informeras medborgarna om vilka vårdgivare som erbjuds samt på vilket sätt dessa kan nås både i det geografiska närområdet och länet totalt.

Ersättningssystemen styr vårdgivarens intäkter med direkt koppling till patientens val. Krav på remiss finns inte för någon form av vård varför patienter i princip själva kan söka t e x specialistsjukvård. Patienter kan vid behov fritt välja akutsjukhus och övrig somatisk specialistsjukvård då dessa vårdgivare inte har något områdesansvar.

3.3 Vårdval

Inriktningsmål

Vårdval ska medföra ökad valfrihet samt ökad tillgänglighet inom alla delar av sjukvården där så är möjligt.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Genomföra beslut enligt mångfaldsplaner
- Utredda nya vårdvalsområden

Beslutet om en Mångfaldsplanerna är styrande för såväl nya vårdvalsområden som upphandlingar. Uppdraget enligt beslut¹ innebär att vårdval införs under perioden 2009-2011 för förlossning, höft- och knäledsplastiker, kataraktoperationer, obstetriska ultraljud, glasögonglas och kontaktlinser vid afaki och dubbelseende, ögonbottenundersökningar av diabetiker och behandling av diabetesretinopati, akut specialiserad rehabilitering i anslutning till vårdtillfälle vid akutsjukhus, behovsgrupper med stor volym, planerad specialiserad rehabilitering inom landet, behovsgrupper med stor volym, basal hörselrehabilitering, asylsjukvård och hälsosamtal samt peruker inklusive utprovning.

Pågående utredning, Plan för utveckling av mångfalden inom öppen somatisk specialistvård², innebär att ta fram förslag/underlag för utredning av nya vårdvalsområden alternativt upphandlingar. Enligt planen för utveckling av mångfalden inom öppenvården skall förutsättningarna för vårdval utredas för stora delar av den elektiva somatiska öppenvården. Inom vissa specialiteter eller delar av specialiteter kan upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) vara ett alternativ.

Införandet av vårdval inom den somatiska specialistvården planeras ske successivt under åren 2010 till 2012. Takten för införandet av vårdval kan komma att påverkas av den översyn som pågår av reglerna för privatläkaretableringar och av en planerad lag om valfrihetssystem i vården (LOV).

I avvaktan på beslut om vårdval eller upphandling förlängs avtalen med närsjukhusen till och med december 2009. Avtal med privata specialistläkare som löper ut under 2008 eller 2009 förlängs av samma skäl för hela 2009.

3.4 Publika jämförelser

Inriktningsmål

Sjukvårdens kvalitet förbättras genom publika jämförelser mellan vårdgivarna.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa fler publika jämförelser på Vårdguiden.se
- Utveckla rankning av sjukhus
- Publicera fler nyckeltal i leverantörsuppföljningsdatabasen (LUD)
- Ta fram en fördjupad verksamhetsanalys av hälso- och sjukvården ur ett befolkningsperspektiv

¹ Beslut i HSN den 22 maj 2008

² Beslutsärende i HSN den 16 september 2008

- Delta i nationell utveckling av ”öppna jämförelser”

Genom att publikt redovisa resultat och jämföra kvalitet mellan vårdgivare stimuleras vårdgivarnas interna kvalitetsarbete. Vårdgivarna ska, i LUD, kunna följa jämförelser som avser prestationer, ersättning, medicinsk- och servicekvalitet. Nyckeltal som redovisas vid ingången till 2009 är telefontillgängligheten och patienterfarenheter om nöjdhetsgrad av den information man fått, delaktighet och bemötande. Fler grupper är inkluderade jämfört med tidigare.

Rankning av sjukhus/kliniker ger invånarna möjlighet till kunskapsbaserade val. Rankning kan t ex innebära jämförelse av resultat i nationella kvalitetsregister. Jämförelser av akutsjukhusens resultat presenteras för invånarna på Vårdguiden.se.

En verksamhetsanalysplan tas fram under våren och hösten 2009 med förslag på strategiska analyser, beställarrevisorer och genomlysningar. En fördjupad Verksamhetsanalys för 2008 presenteras under våren 2009 vilken följer upp hälso- och sjukvården ur ett befolkningsperspektiv. Den ska vara ett underlag för det politiska beslutsfattandet. Uppföljningen ska också visa invånarna vad vården åstadkommer.

Samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Socialstyrelsen och de större sjukvårdsregionerna syftar till att utveckla ”Öppna jämförelser” mellan landstingen.

3.5 Kommunikation med invånarna

Inriktningsmål

Kommunikationen ska underlätta för invånarna att hitta rätt vårdnivå, välja rätt vårdgivare utifrån det egna behovet och förenkla kontakterna med vården.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Basera kommunikationsinsatser på kunskap om målgruppers behov
- Förnya Vårdguiden.se för ökad tillgänglighet och interaktivitet
- Utveckla varumärket Vårdguiden
- Ansluta Stockholms län till den nationella sjukvårdsrådgivningen 1177
- Fortsätta utvecklingen av gemensam webbplats för vård och omsorg i Stockholms län
- Utveckla kommunikationen med vårdgivarna
- Utveckla informationen om patientens rätt

Människors sätt att söka information och använda olika kanaler och tjänster har förändrats kraftigt under senare år. Det är därför av stor vikt att anpassa kommunikationen om hälsa och sjukvård till dagens behov. Detta ska ske utifrån kontinuerliga analyser av målgrupper och deras behov samt sätt att kommunicera.

Vårdguidens webbplats besöks av cirka 800 000 besökare per månad och är en betydelsefull första ingång till vården. Webbplatsen ska under året utvecklas utifrån områdena teknik, design, publiceringsprocess och tjänster. Vården görs därmed mer tillgänglig och kontakterna ska underlättas genom fler personliga e-tjänster.

Vårdguiden som varumärke ska utvecklas för att i än högre grad än idag bidra till att öka kunskapen om hälso- och sjukvård, stärka patienten, vägleda rätt i vården och öka tillgängligheten till vården för invånaren. Utvecklingen 2009 ska drivas som ett koncentrerat projekt och omfatta Vårdguidens alla plattformar; webb, telefon, tidning och trycksaker.

I ett nationellt projekt bedrivs utveckling av sjukvårdsrådgivning per telefon med ett gemensamt nummer för hela landet – 1177. Ett avtal mellan Stockholms läns landsting och Sjukvårdsrådgivningen SVR AB tecknades 2008 och innebär att Stockholms län ansluter sig till 1177. Anslutningen kommer att ske successivt 2009 under namnet ”1177 Vårdguiden”.

På samma sätt drivs också ett nationellt projekt för sjukvårdsinformation och rådgivning på Internet. En webbplats med namnet 1177.se kommer att lanseras 2009. Vårdguiden.se ska anpassas till 1177.se med bibehållen igenkänning för invånarna i Stockholms län.

För att underlätta invånarnas kontakter vad gäller vård och omsorg pågår ett samarbetsprojekt via IT-forum mellan Vårdguiden och ett antal kommuner i länet. Via Vårdguiden.se ska invånarna hitta rätt vård och omsorg oavsett om den utförs i landstingets eller någon kommuns regi. Under 2009 ska publik information om vård och omsorg göras gemensam för hela regionen. Fler och fler kontaktuppgifter till myndigheter ska gå att hitta via webbplatsen och en meddelandefunktion till myndigheterna ska vara i drift. Minst en personlig e-tjänst ska införas.

Väl informerade och delaktiga vårdgivare innebär att goda förutsättningar för att den information som invånarna får av sina vårdgivare har hög kvalitet. Därför ska en satsning göras på att utveckla kommunikationen med vårdgivarna, framför allt genom en utveckling av Uppdragsguiden som kanal och är en fortsättning på den typ av dialogmöten med vårdgivare som skett under 2008.

3.6 Jämlik och jämställd vård

Inriktningsmål

Hälso- och sjukvården ska ges på lika villkor oavsett kön, ålder, funktionshinder, social position, etnisk eller religiös tillhörighet, sexuell identitet eller andra personliga förutsättningar eller egenskaper.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Bedöma och redovisa jämställd och jämlik vård vid översyner
- Följa upp vårdvalsreformen ur jämställdhetsperspektiv
- Redovisa jämställd och jämlik vård i del- och helårsbokslut
- Beakta jämlikhet och jämställdhet i alla beslut
- Ta fram uppdragsbeskrivning för tjänster och uppdrag till Karolinska folkhälsoakademien (KFA)
- Ta fram vårdprogram, riktlinjer och policys som säkerställer jämställd och jämlik vård

Hur medborgarnas behov av hälso- och sjukvårdsinsatser ser ut och tillgodoses bedöms bl a utifrån kön, ålder och geografiska aspekter. Uppföljningsplanen i upprättade avtal innehåller nyckeltal som mäter jämlik och jämställd vård. Som ett första steg utarbetas nyckeltal för beroendevård och hemrehabilitering. Nyckeltal ska successivt utvecklas inom alla vårdområden. En implementeringsplan för framtagande av nyckeltal för olika områden med uppgift om ansvarig och tidsplan ska utarbetas under 2009. Nyckeltalen ska kunna användas för jämförelse mellan enskilda vårdgivare samt inom och mellan vårdområden/behovsgrupper samt över tid.

Vid beställarens översyner, beställarrevisoner och genomlysningar av vårdområden ska det vara obligatoriskt att jämställd och jämlik vård bedöms och redovisas. Beställaren tar fram förslag till åtgärd i de fall där ojämlik och ojämställd vård har identifierats.

Effekterna av införandet av vårdval följs upp med jämlik och jämställd vård som en aspekt. Karolinska institutet har, via Medical Management Centre (MMC), uppdraget att utvärdera vårdvalsreformen bl a utifrån detta perspektiv. Slutrapport presenteras 2009.

I delårs- och årsredovisningen beskrivs och bedöms om vården varit jämlik och jämställd under verksamhetsåret. I de fall områden med ojämlik och ojämställd vård identifieras ska förslag till åtgärder beskrivas i kommande budgetförslag.

En struktur för återkommande årlig redovisning som möjliggör jämförelse över tid av vården i jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv ska utarbetas av beställaren 2009.

För att säkra tillgång till metodkunskap, kartläggning och analys avseende jämlik och jämställd vård ska det i KFA:s uppdrag ingå att ha sådan kompetens och tillhandahålla sådana insatser som HSN beställer.

I de vårdprogram, riktlinjer och policys som utarbetas inom landstinget ska aspekten jämställd och jämlik vård alltid belysas. Rutiner för att säkerställa jämställd och jämlik föreslås utarbetas tillsammans med landstingsstyrelsens förvaltning (LSF).

3.7 Förebyggande hälsovård

Inriktningsmål

Medborgarnas hälsa förbättras och de nationella och regionala folkhälsomålen nås.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa handlingsplanen ”Handling för Hälsa” i alla landstingets verksamheter
- Upprätta uppdragsavtal med Karolinska Folkhälsoakademin (KFA)
- Revidera handlingsprogram för övervikt och fetma
- Öka rapporteringen till BarnObesitasRegIstret
- Uppmuntra vårdgivare att förskriva fysisk aktivitet på recept (FaR)
- Utvärdera hälsosamtal för 75-åringar
- Fördela folkhälsoanslaget och följa upp i enlighet med gällande riktlinjer

Handlingsplanen ”Handling för Hälsa” ska följas av landstingets alla verksamheter. Implementering sker 2008-2010. Enligt planen görs uppföljning 2011 och därefter arbetas en ny handlingsplan fram.

Uppdragsavtal med uppdragsbilagor till Karolinska Folkhälsoakademin (KFA) avseende beställning av folkhälsovetenskaplig forskning, strategiskt och praktiskt folkhälsoarbete och för att stärka folkhälsoinsatser på lokal och regional nivå genomförs från 2009. Uppdraget avser långsiktiga basuppdrag (6 år) för utveckling av folkhälsoarbetet och folkhälsovetenskaplig kunskap och kompetens, dels av kortsiktiga och ibland snabba utredningar (cirka 1–3 månader) för t ex underlag för beslut.

Handlingsprogram för övervikt och fetma revideras och beräknas bli klar i mars 2009. Åtgärdsplanen för det fortsatta överviktsarbetet ska implementeras tillsammans med

vårdgivare i SLL. I Norrtälje pågår sedan hösten 2007 ett treårigt överviktsprojekt kring barn och ungdomar som kommer att följas upp med återrapportering 2009.

Vården kvalitetssäkras med hjälp av en ökad rapportering till kvalitetsregistret BORIS - BarnObesitasRegistret I Sverige. Utvärdering sker av olika behandlingsformer, behandlings- och uppföljningstider för barn i olika åldrar/kön/grad av fetma samt om det över tid sker förbättring vid behandling barnfetma.

Tillsammans med Centrum för Allmänmedicin, CeFAM fortsätter arbetet med att implementera fysisk aktivitet på recept (FaR) bland vårdgivarna inom Stockholms läns landsting. Detta görs genom fortsatta och återkommande utbildningar för legitimerad personal, främst inom primärvård och psykiatri, om att förskriva recept på fysisk aktivitet. Målet är att öka det totala antalet förskrivna recept jämfört med förskrivning 2008.

I samarbete med Äldrecentrum och Centrum för Allmänmedicin genomförs en uppföljning och utvärdering av hälsosamtal för 75 åringar. Syftet är att öka förståelsen för hur hembesök fungerar och utvärdera metodiken. Målgruppens erfarenheter av insatsen ska beskrivas liksom vidtagna åtgärder. Samverkan med kommunen ska belysas och insamling av uppföljningsmått som anges i vårdutvecklingsplanen för hälsosamtal ska påbörjas.

Folkhälsoanslaget ska fördelas till projekt som bidrar till ett långsiktigt, målinriktat och strukturerat arbete för att främja hälsa och förebygga sjukdom och följas upp i enlighet med riktlinjer för Folkhälsoanslaget.

3.8 Prehospital vård

Inriktningsmål

Kvalificerade bedömningar och effektivt omhändertagande ska ske i den prehospitala vården.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Utvärdera de prehospitala resurserna
- Förbättra patientstyrningen genom ökad samverkan mellan vårdgivare

Utvärdering av de samlade prehospitala medicinska resurserna, prioriterings- och dirigerings tjänst, akutläkarbil, akutbil, vägburen ambulans samt ambulanshelikopter, genomförs 2009.

Stockholms Prehospitala Center utgör en arena för samverkan mellan vårdgivare inom den prehospitala vården och akutmottagningarna i länet. En del i uppdraget innebär att samordna kompetens- och metodutveckling och uppföljning inom den prehospitala vården. Detta omfattar exempelvis utveckling av prehospitalt triage och patientstyrning till rätt vårdnivå.

3.9 Primärvård

Inriktningsmål

Det ska finnas en väl fungerande och tillgänglig första linjens hälso- och sjukvård. Tillgängligheten och valfriheten inom primärvården ska utvecklas ytterligare

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Följa upp Vårdval Stockholm med fokus på tillgänglighet och valfrihet
- Införa reviderade regelböcker inom primärvården vårdvalsområden
- Ta fram åtgärdsplan för bästa möjliga omhändertagande i livets slutskede i de särskilda boendena för äldre
- Införa ny struktur för det akuta omhändertagandet
- Förbättra den basala hemsjukvården med huvudinriktning på att säkerställa att vårdbehoven hos äldre multisjuka/multisviktande tillgodoses
- Anpassa resurserna för primärvårdsrehabilitering till invånarnas behov

Under 2009 genomförs en övergripande uppföljning av vårdvalsområden, inklusive fördjupade analyser. Syftet är att följa upp om vårdvalsmodellerna har ökat tillgängligheten och valfriheten för invånarna. Det är av särskild vikt att belysa husläkarverksamhetens fortsatta utveckling mot en väl fungerande första linjens hälso- och sjukvård i hela länet.

Revidering av regelböckerna inom primärvården kommer att behandlas vid HSN:s sammanträde i september 2008. De regelböcker som då fastställs kommer att införas under 2009, vilket innebär förtydliganden och förändringar i uppdragsbeskrivningar, uppföljningsplaner och ersättningsbilagor. Regelböckerna kommer, som en del i det löpande arbetet, att årligen ses över och därefter eventuellt revideras.

Under 2009 och 2010 fortsätter införandet av ett enhetligt uppdrag för läkarinsatser i särskilt boende i hela länet. Ett utvecklingsområde är den palliativa vården på de särskilda boendena. Utvecklingsarbetet avser att säkerställa att de äldre får ett optimalt omhändertagande i livets slutskede och undvika onödiga förflyttningar till akutsomatik och geriatrik.

Den beslutade strukturen för akut omhändertagande genomförs. Nya lättakuter inrättas i anslutning till akutmottagningarna vid Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, S:t Görans sjukhus och Karolinska sjukhuset i Solna halvårsskiftet 2009. Vidare kommer beslutet om ny struktur för det akuta omhändertagandet att påverka husläkarverksamheten i nedanstående avseenden:

- Mottagningar som tar emot oplanerade besök vardagskvällar och helger kommer att benämnas Närakuter.
- Vårdguidens sjukvårdsrådgivning kommer att ges möjligheter att boka vissa tider vid Närakuterna.
- Närakuter och Lättakuter ska ges möjlighet att boka återbesök hos patientens husläkare.
- Husläkarmottagningarna får ett förtydligt ansvar för att kunna ta emot patienter som kommer med ambulans samt för bedömningar vid akut insjuknade i hemmet.
- Husläkarmottagningarna ges ökade möjligheter till direktinläggningar på de geriatriska klinikerna.

Uppdraget för husläkarverksamhetens basala hemsjukvård kommer att utvecklas. Utvecklingen avser bl a samordningen av vård- och omsorgsinsatser, läkemedelsbehandlingen samt läkarinsatserna i hemsjukvården och vid akut insjuknade i hemmet.

Under hösten 2008 slutförs en översyn och analys av orsakerna till de mycket stora variationerna som i dag finns när det gäller hemsjukvårdsbesöken vid respektive husläkarmottagning. Utifrån resultatet från denna översyn kommer kriterier för fastställande av ersättningstaken avseende den basala hemsjukvården att utvecklas vidare.

En översyn av Rehabilitering i öppenvård genomförs 2008 och resultaten ska genomföras i verksamheterna under 2009 och 2010. Syftet med översynen är att föreslå principer för eventuella förändringar i struktur och resursfördelning för öppenvårdsverksamheter inom rehabilitering, såsom primärvårdsrehabilitering, sjukgymnaster verksamma enligt Lagen om ersättning för sjukgymnastik (LOS), öppenvårdsrehabilitering på akutsjukhus och geriatriska kliniker i relation till invånarnas hälsa och behov. Resurserna för primärvårdsrehabilitering ska på ett bättre sätt anpassas utifrån invånarnas behov och till hur övrigt utbud inom öppenvårdsrehabiliteringen kan komma att förändras.

Införandet av nya ersättningsmodellen för primärvårdsrehabilitering och stroketeam genomförs 2009. Uppföljning och eventuell revidering av ersättningsmodellerna kommer att göras under 2009 och 2010. Behovet av strokerehabilitering ska följas upp och stroketeamens verksamhet ska utvärderas.

Behovet av hörselrehabilitering bedöms stadigt öka de kommande åren. Förberedelser vid införande av vårdval för basal hörselrehabilitering med hörapparatsutprovning kommer att ske.

Tillgången till språktolkar ska förbättras då språktolktjänster är en viktig del i en fungerade hälso- och sjukvård för invånarna i Stockholms län. Upphandling alternativt vårdval kommer att genomföras utifrån ställningstagande i pågående utredning om nya vårdvalsområden alternativt upphandling 2009.

3.10 Förlossnings- och barnsjukvård, MVC, BVC och ungdomsmottagningar

Inriktningsmål

Vården ska vara tillgänglig, säker och trygg och lyfta fram familjen och barnen i fokus.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa en gemensam uppdragsbeskrivning och ersättningsmodell för alla barn- och ungdomsmedicinska mottagningar
- Införa reviderad regelbok för BVC och MVC

Resurser avsätts så att intentionerna i barnsjukvårdsutredningen kan fullföljas. Utredningen visar att det främst är uppföljningen av de kroniskt sjuka barnens hälsotillstånd och delvis deras behandling som under senare år kommit i otakt med behoven. Elektiva besök för denna målgrupp ska anpassas till behoven och de ökade födelsetalen. Tillgång till neonatalvården ska, eftersom det finns klara samband mellan behov av neonatalvård och antalet födda barn, vara nära kopplat till utvecklingen inom förlossningsområdet.

En gemensam uppdragsbeskrivning och ersättningsmodell införs för samtliga barnmedicinska mottagningar i hela länet. Syftet är att förbättra kvalitet och kontinuitet. Prioriterade diagnosgrupper är barn och unga som är överviktiga och feta samt barn och unga med behov av neuropsykiatrisk utredning och behandling. Vård och behandling för dessa diagnosgrupper erbjuds såväl inom barnsjukvårdens somatiska specialistvård som inom primärvård och i barn och ungdomspsykiatri. Kompetensen för omhändertagandet av barn med uppgivenhetssymtom har utvecklats i projektform och samverkan mellan flera vårdgrenar. Erfarenheterna av detta arbete ska säkerställas i kommande avtal med berörda vårdgivare.

Genomförda justeringar i regelböcker för BVC och MVC införs 2009. I samband med fastställande av nya vårdprogram eller revidering av befintliga beaktas konsekvenserna

för den beställda vården, t ex gällande regionalt vårdprogram, ”Misstanke om fysisk misshandel av späda barn”. Rutiner och riktlinjer ska tas fram i syfte att säkerställa kvalitetsbrister och därmed kunna återkalla auktorisationer. Syftet med utbildningen för personal inom MVC är att skapa likvärdig information till gravida kvinnor.

3.11 Psykiatri och beroendevård

Inriktningsmål

Vården ska ges i rätt tid med korta väntetider, vara kunskapsbaserad, säker och effektiv samt vara samordnad i tid med andra vårdgrenar.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Brukar- och patientinflytande ska öka genom nya avtal
- Införa nya rutiner för tvångsvård
- Upprätta avtal med leverantörer för att uppnå en större mångfald
- Införa nya ersättningssystem i för samtliga vårdgivare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård
- Förtydliga vårdavtalen för bättre samverkan kring psykiskt sjuka
- Införa beroendepolicy som är gemensam för Stockholms län
- Genomföra en narkotikapolitisk utredning
- Genomföra åtgärds- och tidplan för utveckling av den neuropsykiatriska verksamheten

Samverkan inom psykiatri, primärvård och med andra vårdgrenar kring psykiskt sjuka personer ska förtydligas i vårdavtal och regelböcker för barn- och ungdomspsykiatri, beroendevård och psykiatrisk vård. Valfrihetsreglerna ska bli tydligare och en gemensam samverkanspolicy arbetas fram tillsammans med Kommunförbundet Stockholm län (KSL). Vårdutbudet ökar med en ny upphandlad mottagning för ångest och depressionssjukdomar i södra länsdelen. Vårdutbudet för äldre med psykisk sjukdom utvecklas tillsammans med geriatrik och primärvård. Länets rättspsykiatriska vård stärks genom organisatorisk samordning.

Nya avtal med nya vårdgivare träder i kraft första halvåret 2009 för psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård. Genom kravspecifikationens utformning i upphandlingen utvecklas och effektiviserar verksamheterna så att valfrihet och tillgänglighet ökar vilket bl a innebär att brukar- och patientinflytande förbättras. Avtalen kommer att påverka nuvarande vårdstrukturer och samband mellan öppen och sluten vård med

koppling till rutiner för tvångsvård. En översyn av tvångsvårdens struktur och organisation genomförs.

Nya ersättningssystem införs för samtliga vårdgivare inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevård. De nya ersättningssystemen innebär att samtliga verksamheter arbetar utifrån samma ekonomiska förutsättningar. Ersättningen stimulerar till ökad produktivitet, tillgänglighet och bättre jämförbarhet mellan olika vårdgivare.

”Gemensam policy för att förebygga, tidigt upptäcka och behandla missbruk och beroende”³ syftar till att förstärka lokalt samarbete i de integrerade beroende- mottagningarna. Policyn införs i avtalen med beroendevården under 2009 – 2011.

SLL genomför, tillsammans med Stockholms stad, en narkotikapolitisk utredning som kommer att vara klar under 2009. Förslag till utveckling av vården för hemlösa med missbruksproblem genomförs 2009.

Införandet av åtgärds- och tidplanen för utveckling av den neuropsykiatriska verksamheten för både barn och vuxna fortsätter. Omhändertagandet av barn och ungdomar med neuropsykiatriska funktionshinder ska förbättras. Förslaget omfattar förbättring av tidig upptäckt, förenklade remissvägar och bättre struktur för verksamheten. Den ökade efterfrågan på utredning, stöd och behandling ska särskilt uppmärksammas.

3.12 Äldresjukvård

Inriktningsmål

En trygg och väl sammanhållen vård på rätt nivå för de äldre invånarna.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Förbättra vårdflödena inom geriatriken
- Förbättra det akuta omhändertagandet av äldre
- Utredda behovet av en prehospital bedömningstjänst
- Ge alla patienter Trygghetskvitto vid utskrivning
- Utredda gränssnittet mellan olika vårdformer
- Säkerställa att avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) och palliativ slutenvård ges på lika villkor i hela länet

³ Beslut i HSN den 29 april 2008

Tillgången till geriatrisk vård görs mer jämlik över länet och underförsörjda delar av länet får utökade geriatrikbeställningar. Vårdflödena optimeras på de geriatriska kliniker i enlighet med målbilden i den tidigare genomförda geriatriköversynen. Det innebär bl a att andelen direktinläggningar på geriatrisk klinik ska öka. Ersättningsmodellen kompletteras därför med bonus/vitessystem för att stimulera klinikerna att öka tillgängligheten gentemot primärvården och därmed öka andelen direktinläggningar.

Åtgärder för att förbättra det akuta omhändertagandet för de äldre genomförs, vilket innebär att tillgänglighetskravet vid övertagande från sjukhusens akutmottagningar ytterligare skärps samt att införandet av en prehospital bedömningstjänst för äldre ytterligare utreds.

Patienter får vid utskrivning från geriatrisk klinik trygghetskvitto. Syftet är att öka patienternas upplevelse av vården som en sammanhållen helhet. Vårdkedjorna för stroke och höftfrakturer analyseras ur ett patientperspektiv för att optimera vården och trygga vård sambanden.

För att utveckla den palliativa vården behöver gränssnitten mellan ASiH, basal hemsjukvård och befintliga äldreteam belysas, likväl som gränssnitten mellan palliativ slutenvård, akutsomatik, geriatrik och det kommunala omhändertagandet. För patienter som har samtidiga öppenvårdinsatser via ASiH och annan vårdgivare (företrädesvis onkologisk klinik) görs en genomlysning avseende patientansvar och kostnadsansvar för läkemedelsbehandling.

Slutsatserna av en pågående översyn av öppen- och slutna specialiserad palliativ vård kan få konsekvenser för utformningen av uppdragen, vårdstrukturen samt fördelningen av resurser under 2009 och 2010.

3.13 Sjukhusvård

Inriktningsmål

Sjukhusvården ska kännetecknas av en vård med god tillgänglighet av hög kvalitet.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Införa ny avtalsmodell för sjukhusen
- Förändra uppdraget vid akutsjukhusen

Landstingsfullmäktige i Stockholms Läns landsting fattade i november 2007 beslut om en ny strategi för styrning av akutsjukhusen. Den nya strategin för styrning av akutsjuk-

husen bygger på fyra hörnpelarna; flerårsavtal, resultatansvar, avtal baserade på landstingets lägsta kostnad för respektive sjukhuskategori samt sanktionsregler. Beslut om den nya avtalsmodellen hanteras av Landstingsstyrelsen under budgetprocessens gång för budget 2009.

Syftet med modellen är att öka tydligheten gällande uppdrag och ersättningsnivåer på flera års sikt, skapa förutsättningar för sjukhusen att effektivisera verksamheten samt minska tid- och resursåtgång i förhandlingar. Andra angelägna mål är förbättrad tillgänglighet inom vården, ökad patientsäkerhet samt en fortsatt utveckling av vårdens kvalitet.

Nedan beskrivs förslaget till ny avtalsmodell:

- Sjukhusen ges ökad möjlighet att anpassa sin kapacitet efter patienternas vårdbehov och därmed underlätta effektiviseringsarbete.
- Förändrat tillgänglighetsansvar för sjukhusen där tillgänglighetskrav inom uppdraget definieras tydligt och kopplas till ekonomiskt ansvar, för att säkerställa att frihet avseende volymer inte resulterar i negativ selektion.
- Accelererat kvalitetsarbete genom införande av systemmått och krav på faktiskt kvalitetsutfall med ökad andel resultatmått, istället för processmått eller enbart inrapporteringskrav.
- Fleråriga avtal, initialt 3 år, sluts där sjukhusens uppdrag, målvolymer, ersättning, uppräkningsindex och effektiviseringskrav preciseras för hela avtalsperioden medan viktlistan justeras årligen.

För att en systemförändring ska kunna drivas igenom krävs tydlighet kring vad olika aktörer ska göra. Beställarens roll i den nya avtalsmodellen blir mer fokuserad på att sätta upp ”spelregler”, ställa tydliga krav på vårdgivarna samt följa upp vårdresultatet. Vårdgivarna får i modellen stor frihet att prioritera inom de ramar som beställaren sätter upp. Resurser måste prioriteras mellan specialiteter utefter patienternas behov och egen produktionsstrategi.

Den föreslagna avtalsmodellen är ett första steg mot ett utvecklat sjukvårdsystem som kan möta de utmaningar och det ökade sjukvårdsbehov som landstinget står inför.

I arbetet med flerårsavtal kommer sjukhusens uppdrag att delas in tre kategorier; universitetssjukhus, utökade bassjukhus samt bassjukhus. Karolinska Universitetssjukhuset ska i enlighet med detta bedriva högspecialiserad och specialiserad vård. Övriga sjukhus ska bedriva specialiserad vård och bassjukvård och i undantagsfall högspecialiserad till exempel handkirurgi vid Södersjukhuset. Detta innebär att beställningarna vid Karolinska Universitetssjukhuset ska anpassas till dess nya roll som högspecialiserat sjukhus. Ett led i detta är att föra ut bassjukvård och specialiserad vård till övriga akutsjukhus som i sin tur kommer att överföra vård till den öppna specialistsjukvården. Även pri-

märvården kommer att påverkas då vård som inte ställer krav på specialistkompetens kommer att överföras till primärvården. Denna förändringsprocess kommer att påbörjas under 2009 och fortsätta under hela avtalsperioden. Förändringsprocess kommer att utgöra en viktig del i flerårsavtalens utvecklingsbilaga.

Antalet personer som drabbas av cancer beräknas öka med 3 procent per år och är en följd av fler äldre i befolkningen, samtidigt förbättras överlevanden. Cancerplanen, som antogs av HSN 2007, genomfördes under 2008 och uppföljningen av denna fortsätter under 2009. Fokus kommer att inriktas på att även få uppföljning av ledtider. Bevakning av satsningar med nya läkemedel och nya indikationer kommer att intensifieras.

Den akuta slutenvården har ökat sedan hösten 2007 och fortsätter att öka. Ökad livslängd i samverkan med ökad sjuklighet är en orsak. Inskrivningarna har ökat mer än antalet beställningar under 2008 men varit möjligt genom utökning av antalet vårdplatser och ett resultat av den så kallade vårdplatsutredningen. Utvecklingen ska följas upp och analyseras under 2009.

3.14 Läkemedel

Inriktningsmål

En säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning genom införande av den nya läkemedelsstrategin.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Förbättra kunskapsstyrningen via fortbildning, information och beslutstödsterjänster
- Öka kunskapen om nya läkemedel på ingång samt utveckling av metoder för kontrollerad förskrivning av dessa
- Öka samarbetet nationellt och regionalt och med intressenter i omvärlden
- Utveckla ersättningsmodeller samt fakturerings- och uppföljningsstöd för läkemedel inför införandet av decentraliserat kostnadsansvar 2010
- Utredda möjligheten till ökad kvalitet i förskrivningen hos privata specialister.

Kunskapsstyrningen inom läkemedelsområdet ska stärkas genom fortsatt stöd till obunden fortbildning och läkemedelsinformation, elektroniska beslutstödsterjänster för läkemedel, kontrollerat införande av specialläkemedel samt andra kunskapsprojekt i syfte att öka kostnadseffektiviteten och patientsäkerheten inom läkemedelsområdet.

En större nationell samverkan ska eftersträvas i läkemedelsarbetet, bl a avseende kontrollerat införande av nya läkemedel och beslutstödster. Även dialog och samverkan med akademi och läkemedelsindustri, kommunerna och patient- och pensionärsorganisationerna ska utvecklas.

Ett projekt pågår som har uppdraget att utarbeta ersättningsmodeller och regelverk i syfte att genomföra ett decentraliserat kostnadsansvar för läkemedel i öppen vård fr om 2010. Bland annat ska klarläggas vilka läkemedel vårdgivarna inom de olika vårdområdena ska ha kostnadsansvar för och i vilken omfattning. En viktig uppgift blir att utveckla fakturerings- och uppföljningsstöd för att stödja kostnadsansvaret. Under 2009 ska ersättningsmodeller testas och fastställas inför driftstart 2010.

I samarbete med Västra Götalandsregionen, Region Skåne och Sveriges Privatläkarförening utreds möjligheterna att inom befintligt regelverk och via positiva incitament stimulera privata specialister till ökad kvalitet i läkemedelsförskrivningen.

3.15 Tandvård

Inriktningsmål

Tandvårdens tillgänglighet och kvalitet ska förbättras genom ökad konkurrens och mångfald av vårdgivare.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Skapa ett listningssystem för barn- och ungdomstandvård
- Införa modell för auktorisation inom specialisttandvård för barn
- Förslag till förebyggande åtgärder hos ettåringar tas fram
- En modell för upphandling med områdesansvar tas fram
- Införa webbaserat system för kommunikation och rapportering

Pågående framtagande av ett listningssystem för barn- och ungdomstandvård kommer att införas under 2009. Ett listningssystem innebär minskad administration och stimulerar till ökad rörlighet mellan vårdgivare. Alla barn och ungdomar i udda åldrar 3-19 kallas till tandvården. Antalet barn som ska kallas under 2009 är, p g a högre födelsetal, c:a 6 000 fler än under 2008.

För att öka tillgängligheten och mångfald inom specialisttandvården för barn och ungdomar planeras en modell för auktorisation att tas fram under hösten 2008 för att införande under senare delen av år 2009.

Ett förslag till ny satsning på förebyggande åtgärder hos ettåringar kommer att tas fram för att genomföras i slutet på 2009.

I syfte att öka mångfalden inom tandvården ska en modell för upphandling av områdesansvaret tas fram. Upphandlingen ska som ett första steg genomföras i några avgränsade områden inom länet.

Ett webbaserat system införs med syfte att förbättra kommunikationen mellan beställare, kommun och leverantörer som utför tjänsten av uppsökande verksamhet för vissa äldre och funktionshindrade som omfattas av det reformerade tandvårdsstödet i Stockholms län.

3.16 Sjukskrivningar och rehabilitering

Inriktningsmål

Insatser som görs ska visa på minskad sjukfrånvaro.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Minska sjukfrånvaron genom medicinska/kliniska åtgärder
- Minska sjukfrånvaron genom försäkringsmedicinska åtgärder
- Ökad samverkan mellan aktörer kring patienten

Ansvar för statens ”miljardsatsning” ligger inom Stockholms län på hälso- och sjukvårdsnämnden/HSN-förvaltningen. Arbetet bedrivs inom projektet ”Ögat på sjukskrivning” genom såväl medicinska som försäkringsmedicinska insatser.

Samverkan sker med Försäkringskassan som också får årlig redovisning av resultatet av genomförda insatser. Arbetet inom projektet Ögat på sjukskrivning bedrivs, enligt den nationella överenskommelsen, inom fem huvudområden; ledning och styrning, kompetensutveckling, samverkan, utsatta grupper samt kvinnors ohälsa. De två grupper som dominerar sjukfrånvaron är de med stressrelaterad psykisk ohälsa respektive problem med smärta i rygg, nacke och axlar.

3.17 Miljö

Inriktningsmål

En bättre miljö och minskad klimatpåverkan uppnås genom marknadsekonomiska drivkrafter och ekonomiska incitament i vårdavtal.

Strategi

Inriktningsmålet ska nås genom följande strategier:

- Höja den resultatrelaterade miljöersättningen i avtalen med vårdgivare
- Anpassa miljökraven efter vårdgivarnas verksamhet
- Införa metoder för uppföljning
- Översyn av förfarandet vid miljödiplomerings av vårdgivare
- Redovisa vårdgivarnas miljöarbete publikt

Den resultatrelaterade miljöersättning höjs från 0,2 till 0,5 procent. Möjligheten att styra miljöinsatserna mot målen i Miljö Steg 5 ökar därmed. Ett mer aktivt miljöarbete kommer att begäras av vårdgivarna samt införande av vitesföreläggande.

Miljökraven specificeras och anpassas till de olika vårdgivarna utifrån respektive verksamhets miljöaspekter. Successivt införs metoder för uppföljning med målsättning att på sikt skapa möjlighet att aggregera resultat. Det gäller såväl de avtal som tillkommer via upphandling och auktoriseringsförfarande som direktavtal. Målet är att ständigt utveckla styrningen mot bättre miljöarbete så att vårdens klimatpåverkan minskar.

I avtal med vårdgivare som har transporter ska successivt införas krav på att förnybart bränsle används. Förvaltningen ska följa LSF Miljös projekt rörande utfasning av farliga kemikalier, respektive utfasning av produkter med farliga kemikalier i syfte att bidra till kunskapsspridning. Under året ska diplomeringsförfarandet ses över för att skärpa och förtydliga kraven på mindre vårdgivares miljöarbete.

3.18 Övrig verksamhet och viktiga förändringar

Ersättningsmodeller

Utvecklingsarbete kring incitament och styrningsmekanismer ska öka genom att ersättningsmodellerna ska vara inriktade på incitament som bidrar till ökad tillgänglighet, produktivitet, kvalitet och kostnadskontroll. Samarbete sker kring utvecklingsfrågor, både nationellt och med enskilda landsting.

Arbetet med ersättningsmodeller ska integreras med utvecklingen av beskrivningssystemen samt med möjliga tekniska/automatiserade lösningar av registrering och betalningsflöden. Genom upphandlingar av verksamheter i vissa delar av länet, både inom allmän-, barn- och ungdomspsykiatri, beroendevården samt av geriatriska verksamheter i länet, kommer mer marknadsanpassade prisnivåer att ge nya möjligheter för bättre kostnadskontroll även inom landstingsägda verksamheter

Samverkan

Syftet med samverkan i hälso- och sjukvårdssystemet mellan landstinget, kommuner/stadsdelar, försäkringskassan och länsarbetsnämnden är dels att bättre koordinera hälso- och sjukvårdsinsatser som erbjuds den enskilde, dels att få en mer effektiv resursanvändning. Fokus läggs på att koordinera insatser till äldre med omfattande vårdbehov, läkemedelshantering, barn och ungdomar med behov av särskilt stöd, personer med psykisk sjukdom samt på förebyggande insatser. I budget för 2009 avsätts oförändrade medel för Samordningsförbunden. Dessa medel fördelas efter befolkning och ohälsotal till befintliga samordningsförbund i Botkyrka, Haninge, Huddinge och Södertälje, samt för att starta nya Samordningsförbund i Nacka, Nynäshamn och Värmdö.

Habilitering

Metodikerna för uppföljning av brukarnas förtroende och nöjdhet med habiliteringen ska utvecklas 2009 utifrån genomförd kartläggning av förekomst av funktionshinder och brukarnas behov av habilitering. Slutsatserna införs i beställningen av habilitering inför 2009 och 2010. En ny ersättningsmodell införs för Handikapp & Habilitering och en uppföljning av effekterna genomförs 2010. Efterfrågan på habiliteringsinsatser för personer med neuropsykiatriska funktionshinder, främst för barn och ungdomar med autismspektrumstörning, ökar i takt med att allt fler barn utreds.

Hjälpmedel

Genom utveckling inom hjälpmedelsområdet samt effektivisering av hjälpmedelsverksamheterna ska invånarnas framtida behov bemötas. Nya avtal med hjälpmedelscentralsverksamheten och ortopedtekniska verksamheten införs 2009.

Stockholms läns landsting deltar i samarbetet med bl a Hjälpmedelinstitutet i regeringens försöksverksamhet "Fritt val av hjälpmedel". Projektet som påbörjades 2008 fortsätter 2009 och syftet är att brukaren ska få större valfrihet och ökad tillgång till ett bredare sortiment av hjälpmedel.

En utveckling av den basala hemsjukvården, allt kortare vårdtider och den tekniska utvecklingen av hjälpmedel kommer sannolikt att medföra ökade kostnader framöver.

Tolkverksamhet för personer med dövhet, dövblindhet och/eller hörselnedsättning

En ny organisation för tolkverksamheten genomförs som innebär att förmedlingstjänst och tolkutförare särskiljs. Genom planerad strukturförändring får målgruppen kvalificerad vardagstolkning när så efterfrågas. Upphandling av tolkutförare genomförs.

Asylsjukvård

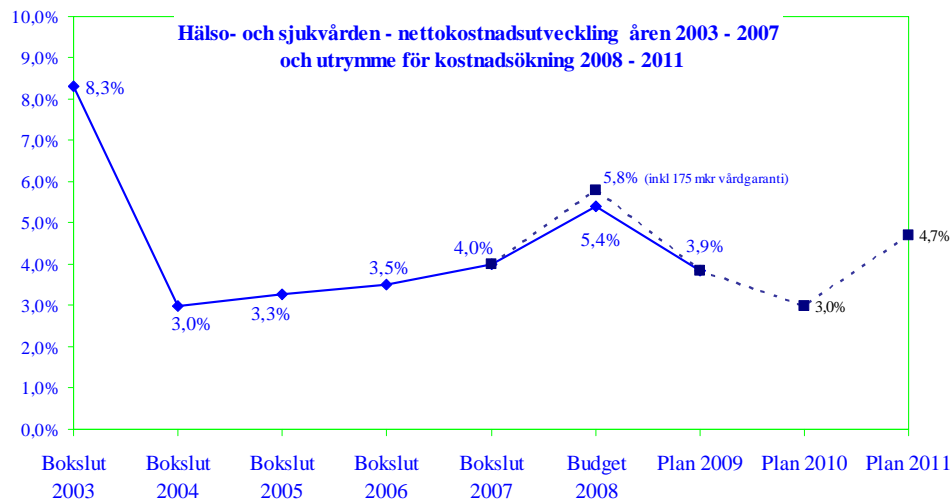
Som ett led i integrationsarbetet ska hälsan hos asylsökande och nyanlända förbättras genom att vårdgivarnas aktivt arbetar för att fler asylsökande genomför hälsosamtal. Ett tvåårigt projekt startar i samarbete med Länsstyrelsen för att utveckla och införa riktlinjer i arbetet med asylsökande och nyanlända. Syftet är att initiera, och i ordinarie verksamhet införliva, satsningar riktade gentemot befolkningsgruppen. I projektet ligger en utökning av den redan befintliga konsultationsverksamheten som stöd för första linjens psykiatri. (Pengar, som sökts för projektet från EU:s flyktingfond, har beviljats.)

4 Verksamhetens ekonomi

4.1 Allmänna förutsättningar

Budgeten för HSN innebär en ökning med 1 509 mkr under 2009. Landstingsbidraget ökar med 3,9 procent jämfört med 2008. Motsvarande ökning 2008 var, jämfört med 2007, 5,4 procent.

Det ekonomiska utrymmet 2009 och framåt i förhållande till tidigare år framgår av nedanstående diagram. Diagrammet visar faktisk nettokostnadsökning i procent för den landstingsfinansierade sjukvården 2003 – 2007 och ökningsutrymme enligt budget 2008 respektive direktiv 2009 – 2011.



Det tillfälligt större ekonomiska utrymmet 2008 kan innebära svårigheter att återgå till en lägre kostnadsökningstakt under 4 procent. Det ska också noteras att den samlade kostnadsökningen för sjukvården under perioden 2003 - 2007 ofta varit något högre än vad som framgår av diagrammet då sjukhusen vissa år tillförts medel i form av ägartillskott eller omstruktureringsbidrag utöver ersättningar från HSN.

Det är av vikt att kostnadsutvecklingen kommer ner till en samhällsekonomisk hållbar nivå utifrån befintligt skatteunderlag men även utifrån en eventuellt kommande avmattning av konjunkturen.

För att få en stabilitet i sjukvårdssystemen behövs en anpassning till de skatteintäkter som kommer hälso- och sjukvården till del. Föreslagen budget innebär en stegvis ner-

trappning av kostnadsutvecklingen. Vårdgivarna får därmed en möjlighet att anpassa sin verksamhet över tid utifrån de ekonomiska förutsättningarna.

I nedanstående tabell visas landstingsbidragets utveckling för HSN totalt 2007-2011 i löpande priser.

	Bokslut 2007 *	Budget 2008	Ram 2009	Planering 2010	Planering 2011
Beslutat landstingsbidrag	37 286	39 208	40 718	41 956	43 925
Resultat	+ 88	0	0	0	0
Använt landstingsbidrag	37 198	39 208	40 718	41 956	43 925
Ändring i % mot året innan	4,0 %	5,4 %	3,9 %	3,0 %	4,7 %

* För jämförbarhet mellan åren har 510 mkr som gick till sjukhusen som ägartillskott lagts till i landstingsbidraget för 2007

Landstingsbidraget till HSN 2009 kommer, enligt landstingsstyrelsens beslut om budgetdirektiv den 27 maj 2008, att uppgå till 40,7 miljarder kronor. För HSN totalt är prognosen för 2008 efter delårsbokslutet per 30 juni i överensstämmelse med budgeten.

Kostnaderna för läkemedel bedöms även 2009 öka snabbare än övriga kostnader. En expertrapport från läkemedelscentrum har angett den troliga ökningstakten till minst 8 procent 2009. Kostnaderna bedöms som svåra att påverka varför budgeten har räknats upp med 8 procent för läkemedelsförmånen som avser receptläkemedel mm.

Efter avsättning för uppräknings av läkemedelsbudgeten blir återstående utrymme för uppräknings av övrig vårdverksamheten i genomsnitt c:a 3 procent.

Där justering för ersättningar 2009 inte redan är reglerade ska, enligt direktiven, landstingsprisindex (LPI) användas för uppräknings av ersättningar i vårdavtalen. Prognosen för LPI 2009 från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) den 29 april 2008⁴ är 4,0 procent exklusive läkemedel och 3,8 procent inklusive läkemedel. Enligt direktiven har vårdgivarna därtill ett generellt beting för effektiviseringar med 2 procent. Nettouppräknings blir därmed högst 2 procent för befintlig verksamhet.

⁴ Ekonominytt nr 8/08

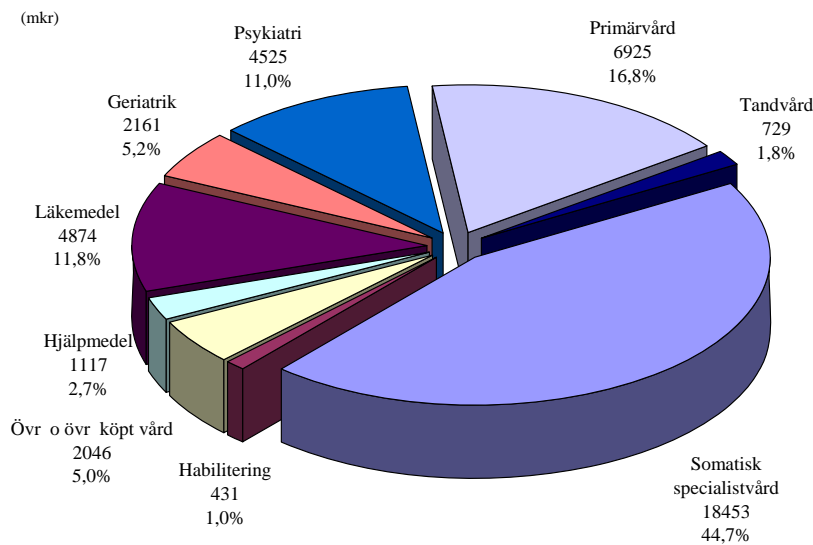
4.2 Budget per verksamhetsområde

Med utgångspunkter från ovanstående och övriga förutsättningar som finns för respektive vårdområde föreslås fördelning av det ekonomiska utrymmet enligt nedanstående förenklade resultaträkning.

HSN totalt	Bokslut	Budget	Prognos delårsbokslut*	Förslag	Ändr % mot budget	Ändr % mot prognos
	2007	2008	2008	2009		
Intäkter (Mkr)						
Landstingsbidrag	36 776,7	39 208,5	39 383,5	40 718,0	3,9%	3,4%
Övriga intäkter	522,1	476,5	496,2	467,3	-1,9%	-5,8%
Summa intäkter	37 298,9	39 685,0	39 879,7	41 185,3	3,9%	3,4%
Kostnader (Mkr)						
Somatisk specialistvård	-16 086,1	-17 926,9	-18 181,9	-18 453,1	2,9%	1,5% *
Primärvård	-6 330,3	-6 701,9	-6 713,9	-6 925,2	3,3%	3,1%
Psykiatri	-4 214,5	-4 404,3	-4 396,3	-4 524,8	2,7%	2,9%
Geriatrisk	-2 131,0	-2 124,7	-2 099,7	-2 161,0	1,7%	2,9%
Läkemedel	-4 666,0	-4 519,3	-4 544,3	-4 874,6	7,9%	7,3%
Tandvård	-680,0	-709,4	-709,5	-728,9	2,7%	2,7%
Hjälpmiddel	-1035,9	-1074,0	-1072,0	-1117,3	4,0%	4,2%
Habilitering	-402,3	-418,8	-418,8	-431,3	3,0%	3,0%
HSN-f egen verksamhet	-218,2	-281,6	-281,5	-276,8	-1,7%	-1,7%
Övrig verksamhet	-1.551,1	-1598,7	-1566,5	-1768,8	10,6%	12,9%
Avskrivningar o finansnetto	103,9	74,7	104,7	76,6	2,5%	-26,9%
Summa kostnader	-37 211,4	-39 685,0	-39 879,7	-41 185,3	3,8%	3,3%
Resultat	87,5	0,0	0,0	0,0		

* I prognosen är 175 mkr i ökat landstingsbidrag för vårdgarantiåtgärder 2008 beaktat. Exklusive tillfälliga medel är utrymmet 2009 för somatisk specialistvård mot prognos 2,5%.

Fördelningen av kostnaderna 2009 mellan vårdområden illustreras i diagrammet nedan.



En mer detaljerad redovisning av ekonomin inom respektive vårdområde återfinns i bilaga 4 utökad kostnadsredovisning samt kommenteras per vårdområde i följande text.

Somatisk specialistvård

Somatisk specialistvård omfattar akut och planerad specialiserad, alternativt högspecialiserad, vård som utförs på sjukhus eller öppen specialistmottagning. Vården bedrivs i såväl landstingsdriven som privat regi med avtal eller enligt nationella taxan (ARV). Somatisk specialistvårds andels av budgeten är c:a 45 procent.

Kostnadsramen för somatisk specialistsjukvård 2009 uppgår till 18 453 mkr vilket är en ökning med 524 mkr eller 3 procent jämfört med budget 2008.

Prognosen för 2008 innebär en högre kostnadsnivå än budgeterat med 65 mkr p g a ökningen av den akuta slutenvården. Detta kan medföra svårigheter att få balans i budgeten 2009 då det reala utrymmet för uppräknings mot prognos 2008 stannar vid 2,5 procent för somatisk specialistvård totalt. Om även de tillfälliga medlen 2008 för vårdgarantiinsatser med 175 mkr

Inledningsvis har avtalsbudgeten för akutsjukhusen uppräknats med 3,8 procent, 570 mkr, för den allmänna kostnadsutvecklingen. Därefter har ett generellt effektiviseringsbeting på 2 procent, 300 mkr, lagts in i enlighet med LS budgetdirektiv. Ett strukturellt effektiviseringsbeting för sjukhusen motsvarande 735 mkr för hela budgetperioden har opreciserat lagts in jämt fördelat mellan åren 2009 – 2011 med 245 mkr per år.

Detta innebär sammantaget att budgeten har ett nettotillskott för avtal med akutsjukhusen med 461 mkr motsvarande 3 procent. Budgetökningen ska täcka sjukhusens kostna-

der för löne- och prisökningar, ökade vårdvolymer p g a befolkningsutveckling och ökat tillgänglighetsansvar samt medicinsk och medicinskteknisk utveckling

För privata specialistläkare som ersätts enligt nationella taxan har budgeten räknats upp med 3 procent. Budgeten för utomlänsvården har räknats upp med 3 procent. Under övrig verksamhet budgeteras för influensavaccin, IVF, MRSA, behandlingshjälpmedel ortopedi, hyror och helårseffekt av barnsjukvårdsutredningen.

Primärvård

Primärvård innefattar husläkarverksamhet, hemsjukvård, mödra- och barnhälsovård samt primärvårdsrehabilitering. Primärvårdens andel av budgeten är c:a 17 procent.

Kostnadsramen för primärvård 2009 uppgår till 6 925 mkr vilket är en ökning med 3,3 procent jämfört med budget 2008.

I förslaget har hänsyn tagits till viss volymökning till följd av befolkningsutvecklingen mm. För 2009 beräknas ökningen av antalet husläkarbesök till 5 procent jämfört med 2008, där ökningen prognostiseras till över 10 procent. Ramen för röntgen har justerats utifrån att upphandlingen beräknas ge 35 mkr i lägre kostnader för 2009.

Budgeten har förstärkts för avtalet med närakuten för barn vid Astrid Lindgrens Barnsjukhus (ALB). Antalet besök har nästan fördubblats jämfört med föregående år.

Budgetmedel har avsatts för de nya lättakuterna vid sjukhusen. Dessa beräknas starta under hösten 2009.

Budgeten för mödrahälsovården förstärks i förslaget för ökade vårdvolymer samt med utökad antal KUB-tester. Medel har avsatts för STI-verksamhet på ungdomsmottagningarna för smittspårning och för extra besök i samband med detta.

Medel finns avsatta i budgeten för samordning och utökade beställningar av neuropsykiatriska utredningar för barn och ungdomar.

Psykiatri

Psykiatri omfattar allmänpsykiatri, beroendevård, barn- och ungdomspsykiatri, rättspsykiatri samt åtstörningsvård. Psykiatrins andel av budgeten är 11 procent.

Kostnadsramen för psykiatri 2009 uppgår till 4 525 mkr, vilket är en ökning med 120,5 mkr eller 2,7 procent jämfört med budget 2008.

De upphandlingar som genomförs under 2008 beräknas ge sänkta kostnader 2009 med c:a 10 mkr.

För BUP budgeteras en ökning för helårseffekten av den verksamhet som startat under 2008 avseende självskadebeteende. Åtstörningsvården har tilldelats ytterligare medel för ökade volymer.

Geriatrisk vård

Geriatrisk omfattar geriatrisk vård vid geriatriska kliniker, sjukhusansluten hemsjukvård/avancerad sjukvård i hemmet samt specialiserad palliativ vård. Geriatrikens andel av budgeten är 5 procent.

Kostnadsramen för geriatrisk 2009 uppgår till 2 161 mkr vilket är en ökning med 36,3 mkr eller 1,7 procent jämfört med budget 2008. I förhållande till prognos för 2008 är ökningen 2,9 procent.

Effekter av genomförda upphandlingar innebär sänkta kostnader med 30 mkr vilket ger utrymme för ökning till följd av befolkningsförändringar.

Läkemedel

Läkemedelskostnadernas andel av budgeten är 12 procent. Kostnadsramen för läkemedel 2009 uppgår till 4 875 mkr vilket är en ökning med 362 mkr eller nära 8 procent jämfört med budget 2008. Ökningen mot prognos för 2008 är 7,4 procent.

Fördelning av läkemedelsbudgeten mellan närsjukvård och somatisk specialistvård viktas efter andel specialläkemedel respektive basläkemedel. Läkemedelsbudgeten för närsjukvård är uppräknad 3,3 procent och för somatisk specialistsjukvård 12,3 procent.

Tandvård

Tandvårdens andel av budgeten är c:a 2 procent. Kostnadsramen för 2009 är 729 mkr vilket är en ökning med 2,8 procent jämfört med budget 2008.

Budgetmedel har avsatts för att antalet barn och ungdomar i udda åldrar 3-19 som kallas under 2009 ökar med c:a 6000 mot 2008. (9 mkr)

Uppdraget att införa auktorisation inom specialisttandvård för barn och ungdomar beräknas medföra kostnadsökningar vilket förutsätter ett införande under senare delen av 2009. (5 mkr)

Uppdraget att förstärka de förebyggande insatserna inom barn och ungdomstandvården genomförs som försöksverksamhet i begränsad skala och omfattar ettåringar i det obligatoriska kallelsesystemet. Försöksperioden, som omfattar tre år, påbörjas under senare delen av 2009. (2 mkr).

Övrig sjukvård och övrig verksamhet

Som övrig sjukvård och verksamhet redovisas bl a specialiserad rehabilitering, ambulanssjukvård, hjälpmedel inklusive inkontinenshjälpmedel, habilitering samt HSN-förvaltningens egen verksamhet. Andelen av budgeten är c:a 8 procent och kostnadsramen för övrig sjukvård och övrig verksamhet uppgår till 3 517 mkr 2009, vilket är en ökning med 6 procent jämfört med budget 2008.

Enligt rehabavtalen finns fastställda rehabvolymmer. Justering sker ej automatiskt i förhållande till antal vårdtillfällen vid akutsjukhusen vilket kan leda till behov av tilläggsbeställningar inom rehabilitering för att bibehålla nuvarande medicinska nivå.

Kostnadsramen för ambulansverksamhet 2009 uppgår till 473 mkr vilket är en ökning med 16 mkr eller 3,5 procent jämfört med budget 2008. Inom ambulanshelikopterverksamheten tillkommer nya uppdrag 2009 med bl a en akutläkarbil.

Inom Hjälpmedelsområdet är avtalen bundna av uppräkningsklausuler och är därför uppräknade med 3,5 procent och innehåller inget effektiviseringskrav. Genomförda upphandlingar beräknas sänka kostnaderna med 10 mkr. För befolkningsutveckling tillkommer 1 procent

För området Habilitering ökar ramen med 3 procent vilken innehåller ett krav på effektivisering och en viss ökning av volymer för att anpassas till ett ökat befolkningsantal. Statsbidraget för LSS är sänkt med 6 mkr och kommer 2009 att finansieras med medel ur landstingsbidraget.

Kontinuerlig utveckling pågår av ersättningsbeskrivning och uppföljningssystem för att förbättra stödet för en effektiv uppföljning och analys av sjukvården inom Stockholms läns landsting. För att säkra den fortsatta utvecklingen ökas budgeten för IT med avseende på ex listningssystem, kodsysteem, uppföljning Vårdval etc.

Budgeten för kommunikation med befolkningen förstärks främst för ökade samtalsvolymmer för Vårdguidens telefonrådgivning.

Kostnaderna för HSN-förvaltningens administration är uppräknade för ökade löner och priser med 2 procent vilket innebär effektiviseringskrav på minst 2 procent. Budgetreduceringen därutöver avser främst lägre hyreskostnader efter förvaltningen flyttat till nya lokaler.

Sammanfattning av ekonomiska förändringar 2009

Det ökade landstingsbidraget mellan 2008 och 2009 på 1509 mkr disponeras översiktligt med följande fördelning

	mkr
Utveckling somatisk specialistvård	439
Utveckling primärvård	188
Utveckling geriatrik	21
Utveckling psykiatri	67
Utveckling övrig närsjukvård	31
Utveckling övrig vård o verks	75
Läkemedel i öppen vård	364
Effekter av upphandlingar	-140
Avsatt för prisökningar efter krav på effektiviseringar	709
Strukturella effektiviseringar sjukhusen	<u>-245</u>
	1509

Posterna för utveckling inom respektive vårdområde innebär främst att budgeten täcker kostnader för ökade volymer i form av vårdtillfällen, besök, listade patienter mm till följd av befolkningsutvecklingen och ökad tillgänglighet. Därutöver finns också viss budget för verksamhetsförändringar och utveckling i övrigt i enlighet med vad som beskrivs under respektive vårdområde.

4.3 Verksamhetstal

Nedan redovisas en sammanfattning av budgeterade verksamhetstal för 2009, som jämförelse redovisas bokslut 2007 samt budget och prognos för 2008. I bilaga 5 finns en mer detaljerad redovisning av verksamhetstalen.

Verksamhetstal						
	Bokslut	Budget	Prognos	Förslag	Förändr	Förändr
	2007	2008	2008	2009	Bud/Bud	Prog/Bud
					%	%
Läkarbesök totalt	6 491 428	6 699 240	6 991 830	7 128 255	6,4%	2,0%
Vårdtillfällen totalt	274 637	279 040	289 476	283 810	1,7%	-2,0%
Primärvård						
Läkarbesök inkl ARV	3 267 308	3 456 900	3 696 024	3 837 300	11,0%	3,8%
Somatisk specialistvård						
Läkarbesök inkl ARV	2 877 963	2 879 340	2 935 106	2 918 255	1,4%	-0,6%
Vårdtillfällen	223 042	226 690	237 126	231 110	1,9%	-2,5%
Psykatri						
Läkarbesök inkl ARV	330 854	347 300	345 000	357 000	2,8%	3,5%
Vårdtillfällen	25 717	25 950	25 950	26 700	2,9%	2,9%
Geriatrisk						
Läkarbesök inkl ARV	15 303	15 700	15 700	15 700	0,0%	0,0%
Vårdtillfällen	25 878	26 400	26 400	26 000	-1,5%	-1,5%
Sjukgymnastik						
Besök exkl ARV	495 312	517 700	530 000	530 000	2,4%	0,0%
Besök ARV	1 251 338	1 267 700	1 267 700	1 290 000	1,8%	1,8%
Summa besök	1 746 650	1 785 400	1 797 700	1 820 000	1,9%	1,2%
Tandvård						
Nödvändig tandvård för vuxna	17 355	18 500	18 500	19 500	5,4%	5,4%
Andelen barn och ungdomar som besöker tandvården %	93	94	94	94	0,0%	0,0%

Antalet läkarbesök inom primärvården, inklusive närakuter/jourbesök och privata specialister, förväntas 2009 öka med 11 procent jämfört med budget 2008. I jämförelse med prognostiserat utfall 2008 beräknas ökningen till 3,8 procent. Den största ökningen 2008 finns för husläkarbesök med 12 procent.

De senaste åren har ökningen av läkarbesöken inom primärvården legat på c:a 5 procent totalt. De främsta orsakerna till volymökningen är befolkningsökning och ökat utbud inom ramen för vårdval som har ökat tillgängligheten. Under 2009 beräknas antalet läkarbesök på husläkarmottagningar och på MVC öka med c:a 5 procent jämfört med

prognosen för 2008. En något lägre ökning beräknas för övriga verksamheter inom primärvården.

Totalt antal läkarbesök för somatisk specialistvård inklusive privata specialister, ARV, beräknas öka c:a 1,5 procent under 2009. Läkarbesöken inom akutsjukhusvården förväntas öka något medan antalet besök hos privata specialister beräknas vara oförändrat jämfört budget 2008. Antalet vårdtillfällen beräknas minska marginellt under 2009 jämfört med prognosen för 2008.

Enlig prognosen för 2008 ökar antalet läkarbesök inom psykiatrien med c:a 4,5 procent jämfört med 2008 och ökningen förväntas fortsätta 2009. Nya ersättningssystem inom psykiatrien bidrar till ett ökat antal besök. Antalet vårdtillfällen 2009 beräknas ligga på en något lägre nivå jämfört med 2008.

För geriatriken beräknas antalet läkarbesök för 2009 vara oförändrat jämfört med 2008. Antalet vårdtillfällen beräknas minska marginellt.

4.4 Risker och möjligheter 2009

Vid bedömningen av styrkan i budgeten 2009 är de viktigaste komponenterna att beakta förväntad kostnadsutveckling för nuvarande verksamhet, befolkningsutveckling och medicinsk teknisk utveckling.

De generella kostnadsökningarna för befintlig beställd verksamhet kan beräknas till c:a 4 procent (enligt SKL:s prognos för landstingsprisindex 2009 publicerad 29 april, 2008). Befolkningen i länet beräknas öka 1,4 procent 2009 (att jämföra med 1,5 procent 2007, och 1,5 procent 2008). Bedömningen är att sjukvårdskostnaderna för befolkningsökningen motsvarar 1 procent kostnadsökning.

Som motvikt till bedömningen ovan har, i landstingsstyrelsens direktiv för vårdproducenterna angetts att effektiviseringskravet för effektiviseringar årligen motsvarar i genomsnitt 2 procent av omsättningen.

Inbegripet generella effektiviseringar utgår därmed budgetförslaget från att kostnadsökningarna 2009 kan begränsas till cirka 4 procent.

Utöver denna övergripande bild av bedömd kostnadsutveckling jämfört med ekonomiskt utrymme finns ett antal specifika områden som kan utgöra ekonomiska risker.

Strategin för att möta kostnadsökningar utöver ram bygger främst på generella krav och strukturella effektiviseringar inom den somatiska specialistsjukvården med c:a 245 mkr årligen 2009 till 2011. Denna strategi kan samtidigt utgöra en risk om effektiviseringarna inte blir framgångsrika.

De ekonomiska ramarna i budget för 2009 och framåt ställer stora krav på sjukhusen. För att klara uppdrag om tillgänglighet och medicinsk och medicinskteknisk utveckling måste effektiviseringar och andra anpassningar göras. Effektiviseringskravet kan komma att bli större än vad som framgår av LS budgetdirektiv 2009.

Den medicinska utvecklingen innebär kostnadsökningar. Det främsta genomslaget är vanligen kostnader för nya, dyrare och mer effektiva läkemedel.

Den akuta slutenvården har ökat sedan hösten 2007 och fortsatte att öka under de första månaderna 2008. Ökad livslängd i kombination med en ökad sjuklighet är en av flera troliga orsaker. Inskrivningarna av patienter har ökat mer än de utökade beställningar som gjordes för 2008, med anledning av vårdplatsutredningen, av antalet vårdplatser. Denna ökning och ökning för befolkningsutvecklingen 2009 samt fullföljande av beslutade åtaganden ska täckas inom det angivna ekonomiska utrymmet enligt ovan. HSN:s risk som beställare i de föreslagna flerårsavtalen med sjukhusen beräknas utgöra 1,2 procent av de rörliga ersättningarna.

Bedömning av de väsentligaste riskposterna i budgeten 2009:

- Struktureffektiviseringar inom den somatiska specialistvården kräver ett högt genomförandetempo med snabb beslutsprocess och effektivering.
- En förutsättning är att vårdgivarna kan genomföra generella effektiviseringar på 2 procent inom ramen för oförändrat verksamhetsåtagande.
- Utgångspunkt för budget 2009 är att ekonomin 2008 är i balans. Risker 2008 för överskridanden finns främst inom sjukhusvården till följd av en, jämfört med tidigare år, hög ökning av akut slutenvård. Även för läkemedelskostnaderna finns risk att kostnaderna ökar mer än budgeterat. Slår dessa risker igenom i form av underskott i bokslutet för 2008 innebär det motsvarande försvagning av 2009 års budget. Omvänt ger ett positivt resultat 2008 bättre ingångsläge 2009.
- Om riksdagsbeslut fattas enligt lagd lagrådsremiss om överlåtelse av etableringar för vårdgivare som verkar enligt regelverket för den nationella taxan kan detta medföra ökade kostnader under 2009 men framförallt senare under perioden.
- Vårdvalsmodellerna och nya ersättningssystem med större inslag av prestationsrelaterade ersättningar kan innebära att volymerna av patientbesök och därmed kostnaderna ökar snabbare än budgeterat.

Inriktning på särskilda insatser för att uppnå balans i budgeten 2009:

- Identifiera möjligheter till struktureffektiviseringar utifrån pågående uppdatering av den så kallade 3S-utredningen.

- Införa nya metoder, behandlingar och läkemedel, till följd av medicinsk utveckling som medför ökade kostnader, först efter särskilda beslut i HSN.
- Ta fram ett åtgärdsprogram, med utgångspunkt från läkemedelsstrategin, för att långsiktigt få ner den årliga kostnadsökningstakten från bedömda c:a 8 procent till 4 procent.
- Ta till vara den kunskap som den pågående långtidsutredningen, av hälso- och sjukvårdens förutsättningar fram till 2025, ger för att hantera kommande förändringar.
- Använda prissättning som ett aktivt instrument i vårdvalsmodeller och ersättnings-system om utvecklingen av vårdvolymer avviker från den önskvärda.

Sammantaget utgör de mest väsentliga riskerna för perioden att vårdgivarna inte klarar att genomföra de generella och strukturella effektiviseringsåtgärderna med bibehållen kvalitet och omfattning av verksamheten samt att befolkningsutveckling och medicinsk utveckling innebär kostnadsökningar utöver det givna ekonomiska utrymmet.

5 Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning

5.1 Personal

För att Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning ska kunna utveckla sin verksamhet i enlighet med det politiska uppdraget krävs kompetenta medarbetare och en god arbetsmiljö. Förvaltningens arbetsgivaransvar handlar därför om att skapa goda förutsättningar för medarbetarna så att de kan göra ett bra jobb.

Genom att skapa goda förutsättningar blir förvaltningen en konkurrenskraftig arbetsgivare, som förmår rekrytera, utveckla och behålla kompetenta medarbetare där medarbetarna känner engagemang och arbetsglädje. Personalrelaterade frågor är därför en viktig del av förvaltningens verksamhetsstyrning.

Följande områden är strategiskt viktiga och bidrar till att Stockholm läns landstings övergripande personalstrategiska mål, policys, riktlinjer och direktiv uppnås under budgetperioden:

- Kompetensförsörjning
- Samverkan
- Jämlikhet
- Lön
- Ledar- och medarbetarskap
- Systematiskt arbetsmiljöarbete

Kompetensförsörjning

Kompetensförsörjning innebär att säkerställa och förse förvaltningen med den kompetens som verksamheten behöver. Det är själva uppdraget och arbetsuppgifterna som styr vad verksamheten behöver för kompetens, både på kort och på lång sikt.

Det är dessutom nödvändigt att få verksamhetens behov av kompetens att överensstämma med medarbetarnas kompetens och vilja.

Kompetensplaneringen är ett viktigt verktyg för att uppnå detta och ingår därför som en del av förvaltningens verksamhetsplan. Såväl en förvaltningsövergripande kompetensutvecklingsplan ska tas fram som utvecklingsplaner för respektive avdelning och enhet samt för respektive medarbetare. Det gemensamma förvaltningsövergripande kompetensutvecklingsprogram som togs fram under hösten 2007 och som fortsatte under 2008 kommer att fullföljas under 2009. En introduktionsutbildning för nyanställda är ett stän-

digt återkommande behov som planeras även under 2009. Grundläggande beställarutbildning som vänder sig till samtliga medarbetare vid förvaltningen slutförs 2009.

Det utvecklingsarbete som påbörjats under 2008 med att ta fram stöd och verktyg för kompetensplaneringen i stort samt för det individuella utvecklingssamtalet fortsätter under 2009 med informations- och utbildningsinsatser.

Under 2009 förväntas viss naturlig personalomsättning. Att rekrytera en ny medarbetare är en viktig investering för framtiden som måste genomföras med noggrannhet. Förvaltningen fortsätter därför sitt arbete med att utveckla rutiner för hela rekryteringsprocessen.

Samverkan

En viktig förutsättning för förvaltningens verksamhetsutveckling, för att skapa en god arbetsmiljö samt för att bli en jämlik arbetsplats är medarbetarnas möjlighet till inflytande och delaktighet. Dialogen mellan medarbetare och chef samt mellan arbetsgivare och de fackliga organisationerna regleras i förvaltningens Samverkansavtal vilket utgår ifrån det landstingscentrala avtalet. Förvaltningens Samverkansavtal anger riktlinjer och rutiner om hur samverkan ska ske inom förvaltningen i form av samverkansgrupp, arbetsplatsträffar och utvecklingssamtal. Avtalet tillämpas 2009 och ska vara känt av samtliga medarbetare. Uppföljning kommer att ske i samband med den årliga medarbetarenkäten och redovisas i årsbokslut.

Jämlikhet

Jämlikhet är ett gemensamt begrepp för jämställdhet och mångfald och innebär att alla medarbetare oavsett kön, ålder, etnisk- kulturell-, social- utbildnings- eller ekonomisk bakgrund, sexuell läggning eller fysiska och psykiska funktionshinder ska behandlas lika i en jämförbar situation.

Arbetet med att upprätta en jämställdhets- och mångfaldsplan ska fortsätta. I detta ingår också att kartlägga och analysera löneskillnader mellan kvinnor och män som utför arbete som är att betrakta som lika eller likvärdigt samt, om behov finns, presentera åtgärder för att osakliga löneskillnader mellan kvinnor och män åtgärdas. Målsättningen är också att fler chefer ska genomgå den jämställdhetsutbildning som erbjuds från landstingets koncernledning.

Lön

Som arbetsgivare följer Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning landstingets lönepolitik, som ska bidra till en ständig utveckling och förbättring av verksamheten samt vara ett incitament för att nå verksamhetsmålen. Lönen ska vara individuell och differentierad och bygga på sakliga kriterier.

Förvaltningen ska inför löneöversynen 2009 utveckla nuvarande lönekriterier för medarbetarna som ska vara väl kända och förankrade i verksamheten. Dessutom ska särskilda lönekriterier utarbetas som tydliggör förvaltningens krav och förväntningar på sina chefer.

Som en start på och ett led i lönekartläggningen kommer en arbetsvärdering göras som blir ett tydligt styrinstrument och grund för förvaltningens lönestruktur.

Ledar- och medarbetarskap

Både ledare och medarbetare har ett ansvar för att Hälso- och sjukvårdsnämndens uppdrag genomförs och utvecklas mot uppsatta mål. Förvaltningens arbete med att fastställa ett gemensamt synsätt på ledar- och medarbetarskapet, som utgår ifrån förvaltningens verksamhetsmål och landstingets övergripande personalpolicy, fortsätter.

För att förvaltningens chefer ska få stöd i sitt chefs- och ledarskap fortsätter de utvecklingsinsatser som påbörjades under 2008. Det inbegriper individuella satsningar i form av deltagande i olika ledarutvecklingsprogram, individuell coaching eller stöd från mentorer.

De månatliga chefsmötena som startade under 2008 fortsätter samt de riktade utvecklingsinsatserna för gruppen enhetschefer.

Systematiskt arbetsmiljöarbete

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning ska uppnå en god arbetsmiljö genom att bedriva ett aktivt systematiskt arbetsmiljöarbete. Det sker bland annat genom att utveckla de områden som beskrivits ovan, d v s genom att skapa bra förutsättningar för medarbetarna i form av kompetensutveckling, delaktighet i att utveckla och förbättra verksamheten, jämlikhet, tydlig lönepolitik och bra ledarskap. 2009 års arbetsmiljö- och hälsoplan ingår som en del i Verksamhetsplanen.

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning fortsätter att arbeta med att bygga upp rutiner för friskvård, sjukfrånvaro och rehabiliteringsinsatser. Arbetet med att se över förvaltningens arbetstidssystem fortsätter, vilket innebär en översyn av nuvarande flextid-savtal.

Som ett led i att skapa bra förutsättningar för medarbetarna att må bra på jobbet kommer också Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning arbeta vidare med de förbättringsåtgärder som framkom i 2008 års medarbetarenkät.

5.2 Miljö

Det interna miljöarbetet förstärks. Förvaltningens miljöledningssystem integreras i ordinarie verksamhetsstyrning och rutinen för miljökonsekvensbedömning ska följas upp. Möjligheten att kartlägga energi- och pappersanvändning ska undersökas, liksom volymer på avfallet. Relevanta miljökrav ska ställas vid upphandling av varor och konsulttjänster. Andelen ekologiskt odlad förtäring ska öka.

Kommunikationsplanen för miljö ska genomföras. Arbetet med att publikt presentera vårdgivarnas miljöinsatser blir en viktig del av detta. Formerna för att nå ut med miljöinformation till vårdgivarna ska utvecklas i syfte att tillgodose ett delvis dolt behov. Förvaltningens medarbetare ska gå en basutbildning i miljökunskap och ha god kännedom om förvaltningens miljöledningssystem inklusive rutiner. Om möjligt, ska landstingets webbaserade utbildning i miljökunskap byggas på med en förvaltningsspecifik del.

6 Investeringar

Inga investeringar planeras för perioden inom HSNs ansvarsområde.

För investeringar i vården ska de landstingsdrivna vårdgivarna enligt anvisningarna samråda med HSN-förvaltningen innan investeringsplanen lämnas till landstingsstyrelsen. Dialogen syftar till att bedöma om föreslagna investeringar ligger i linje med den utveckling och förändring av verksamheten som HSN önskar se utifrån sin roll som beställare och företrädare för medborgarna.