

Framtidsplan för hälso- och sjukvården

2011-04-27

Innehållsförteckning

1. Inledning	4
1.2 Arbetets genomförande	5
2. Utgångspunkter för förslaget till Framtidsplan för hälso- och sjukvården	6
2.1 Framtidens vårdbehov	6
2.2 Patienten i hälso- och sjukvården.....	8
2.3 Dagens hälso- och sjukvårdsstruktur	11
2.4 Dagens uppdrag för akutsjukhusen.....	12
2.5 Dagens infrastruktur för hälso- och sjukvården	14
2.5.1 Närsjukhusen är en viktig del av infrastrukturen.....	15
2.5.2 Pågående investeringsprojekt i akutsjukhusen	16
2.5.3 Bedömningsgrund för investeringarna	17
2.6 Finansiella förutsättningar inför framtiden	19
2.8 Definitioner och begrepp	21
2.8.1 Vårdplatser och vårdtillfällen	21
2.8.2 Högspecialiserad vård	22
2.8.3 LEON-principen	22
2.9 Forskning, utveckling och utbildning.....	23
3 Förslag till Framtidsplan för hälso- och sjukvården	24
3.1 Målbild för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.....	24
3.1.1 Målbild 2025	24
3.1.2 Målbild 2015	24
3.1.3 Strategier för genomförande	25
3.2 Den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholms läns landsting.....	26
3.2.1 Medborgaren i framtidens hälso- och sjukvårdsstruktur.....	27
3.2.2 eHälsa som en del av framtidens hälso- och sjukvårdsstruktur	28
3.2.3 Husläkarmottagningar och specialistvård i nära samverkan	29
3.2.4 Nätverken utanför akutsjukhusen stärks	30
3.2.5 Renodling av akutsjukhusens verksamhet	31
3.2.6 Universitetssjukhuset ges särskilt uppdrag.....	33
3.2.7 Akut omhändertagande och patientstyrning.....	35
3.2.8 Helhetsgrepp för barnsjukvården	36
3.2.9 Förslag på andra utvecklingsområden i hälso- och sjukvårdsstrukturen.....	37

3.2.9 Sekvens för implementering av Framtidsplan för hälso- och sjukvården.....	40
3.3 Stärkt styrning och uppföljning.....	41
3.3.1 Förstärkt ägarstyrning.....	42
3.3.2 Beställarstyrning.....	44
3.4 Verksamhetsinnehållet vid NKS.....	45
3.4.1 Högspecialiserad vård.....	48
3.4.2 NKS och Karolinska Institutet.....	48
3.4.3 Delade vårdtillfällen.....	49
3.4.4 Simulering av NKS verksamhetsinnehåll.....	49
3.4.5 NKS flexibilitet.....	50
3.4.6 Kostnader för NKS.....	51
3.4.7 Organisation för den fortsatta planeringen av NKS.....	52
3.5 Förslag till inriktning för en tioårig investeringsplan.....	53
3.5.1 Investeringarnas anpassning till hälso- och sjukvårdsstrukturen.....	55
3.5.2 Investeringarnas tidshorisont.....	55
3.5.3 Hantering av hyreskontrakt i närsjukhusen.....	56
3.5.4 Investeringarnas prioriteringar.....	56
3.5.5 Investeringar i byggnader vid närsjukhusen.....	57
3.5.6 Investeringar i byggnader vid akutsjukhusen.....	59
3.5.7 Sammanfattande analys av investeringarna.....	64
3.5.8 Underhåll av fastigheter i linje med investeringarna.....	66
3.5.9 Investeringar i enkelrum.....	66
3.5.10 Privata vårdgivare i privatägda lokaler.....	66
3.6 Investeringar i informations- och kommunikationsteknologi (IKT).....	67
3.7 Personalförsörjning.....	69
3.8 Forskning, utveckling och utbildning (FoUU).....	71
3.9 Finansiella förutsättningar.....	73
3.9.1 Ansvar för finansiering av investeringar.....	74
3.9.2 Kostnadsökningstakt i fokus.....	74
3.10 Organisation för genomförande av Framtidsplan för hälso- och sjukvården..	75
3.11 Uppföljning av Framtidsplan för hälso- och sjukvården.....	78
Bilaga 1 Sammanfattning av rapport om framtidens hälso- och sjukvård	
Bilaga 2 Sammanställning av remissvar för framtidens hälso- och sjukvård	
Bilaga 3 Sammanfattning av rapport om NKS verksamhetsinnehåll	
Bilaga 4 Större investeringsobjekt – aktuella ärenden	

Framtidsplan för hälso- och sjukvården

1. Inledning

De kommande åren kommer förutsättningarna för landstingets verksamheter att bli påtagligt annorlunda. Kraven på de offentliga tjänsterna kommer att öka. Bland annat genom att befolkningen inom Stockholms län växer med 25 000 till 30 000 personer årligen. I takt med detta förändras medborgarnas och patienternas behov av vårdutbud liksom deras förväntningar på hälso- och sjukvården. Fler kommer också att kräva större medborgar- och patientinflytande över vården. Förändrade styrformer för hälso- och sjukvården, såsom till exempel vårdval, leder till ökad mångfald av leverantörer och till nya förutsättningar vad gäller samordning, forskning och utbildning. Samtidigt kan vi räkna med stora pensionsavgångar, vilket ställer krav på den övergripande personalplaneringen. Parallellt med den här beskrivna utvecklingen byggs ett nytt sjukhus med inriktning på högspecialiserad vård och avancerad forskning, Nya Karolinska Solna (NKS). Det ställer visserligen krav på anpassning av hälso- och sjukvårdsstrukturen, men skapar förstås framför allt nya möjligheter för en bättre sjukvård.

Förutsättningarna för den av landstinget finansierade offentliga hälso- och sjukvården att ligga i framkant såväl nationellt som internationellt inom den medicinska utvecklingen kommer att förbättras. Nya Karolinska Solna har bedömts vara nödvändigt därför att renovering av Karolinska Solna inte kan garantera den standard som krävs för att möta kraven på framtidens universitetssjukvård.

Den nuvarande infrastrukturen på akutsjukhusen är delvis åldersstigen och måste förnyas. Det pågår en omfattande planering för stora investeringar på samtliga akutsjukhus. Dessa investeringar måste vara i enlighet med de framtida behoven, med det planerade verksamhetsinnehållet i NKS och med de finansiella förutsättningarna i landstinget.

En förbättrad hälso- och sjukvård förutsätter även samverkan med forskning och utbildning. Hälso- och sjukvården i Stockholms län har till syfte att åstadkomma bästa tänkbara hälso- och sjukvård för dess befolkning. Vid sidan av denna primära uppgift gäller det också att ta tillvara hälso- och sjukvårdens betydelse ur ett regionalt utvecklingsperspektiv. Som landets största sjukvårdshuvudman kan Stockholms läns landsting erbjuda patientdata och patientflöden av största

betydelse för den kliniska forskningen, klinisk utbildning och innovationer på det medicintekniska området.

Dessa frågeställningar kan inte ses separat utan måste hanteras inom ramen för ett gemensamt förslag med utgångspunkt från de övergripande politiska målen om en hög tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården samt en ekonomi i balans.

1.2 Arbetets genomförande

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade att i budget för 2010 ge ett uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län, utifrån behov och finansiella resurser. Analysen och förslaget skulle särskilt fokusera på förändringar i utbudet av hälso- och sjukvård fram till 2015 till följd av NKS. Rapporten från hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning, som benäms Framtidens hälso- och sjukvård, har varit på remiss och värdefulla synpunkter har inkommit vilka i relevanta delar har inarbetats i föreliggande förslag (se bilaga 1 och bilaga 2).

Planeringen och implementeringen av NKS är synnerligen viktig för en fungerande hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting. NKS-förvaltningen har bedrivit ett omfattande arbete med syfte att precisera NKS verksamhetsinnehåll i enlighet med det uppdrag som NKS-förvaltningen har fått av landstingsfullmäktige (se bilaga 3).

Mot bakgrund av de sammantaget omfattande investeringar som planeras i landstinget fick landstingsstyrelsen i uppdrag i budget 2010 av landstingsfullmäktige att utarbeta ett förslag om samlad hantering av investeringarna i hälso- och sjukvården. Utredningsarbetet har bedrivits av den så kallade Investeringssamordningen på uppdrag av Landstingsdirektören.

Dessa tre uppdrag har genomförts i ett nära samarbete mellan de berörda förvaltningarna och resulterat i föreliggande förslag till Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Syftet är att samordna de olika frågeställningarna och att presentera beslutsunderlag och förslag som beskriver helheten.

2. Utgångspunkter för förslaget till Framtidsplan för hälso- och sjukvården

Målet för hälso- och sjukvården är med utgångspunkt från hälso- och sjukvårdslagen en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. De övergripande målen för god vård innebär att, utifrån behov, ge en patientfokuserad vård i rimlig tid som är säker, kunskapsbaserad, ändamålsenlig, jämlik och effektiv och som bidrar till ett förbättrat hälsoläge bland länets invånare.

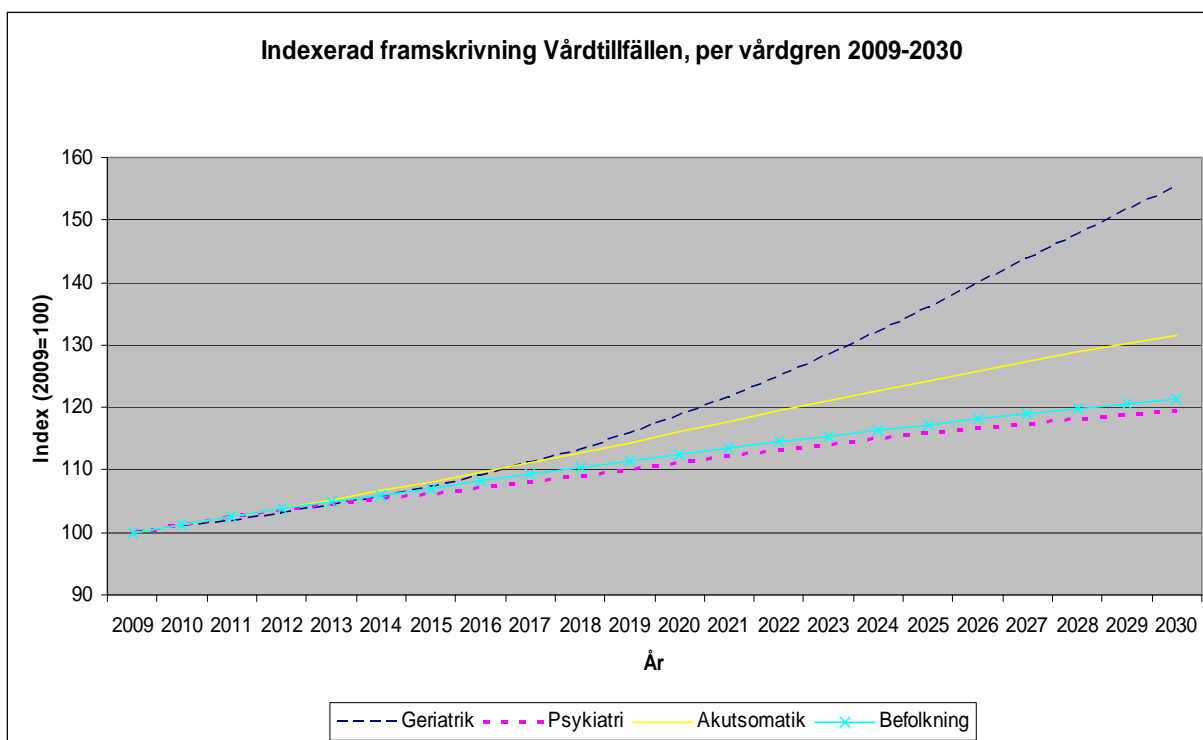
Hälso- och sjukvården i Stockholms län ska utmärkas av hög kvalitet och helhetssyn kring patienten. Landstingsfullmäktige har, i policydokumenten "Vård i dialog" och "Värdegrund för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting" fastställt gällande riktlinjer. Patient och närstående ska ges ett värdigt omhändertagande och gott bemötande samt visas omtanke och respekt. Vidare ska hälso- och sjukvårdens resurser användas på ett effektivt sätt och verksamheten ska ständigt förbättra och utveckla sina resultat. Effekter av förebyggande, utredande och behandlande åtgärder ska utvärderas och bedömas. Resultaten ska göras tillgängliga för befolkningen. Hälso- och sjukvården ska vara tillgänglig och befolkningen i länet ska vara nöjd med och ha tillit till den hälso- och sjukvård inklusive tandvård som bedrivs i länet.

2.1 Framtidens vårdbehov

Den svenska hälso- och sjukvården har historiskt varit relativt framgångsrik med att svara upp mot befolkningens behov av vård. Många nås av vården, får hjälp och lindring och känner förtroende för vården. Samtidigt har flaskhalsar uppstått inom olika verksamheter, något som tagit sig uttryck i för långa väntetider till besök och behandling inom vissa områden. Utmaningen för hälso- och sjukvården framöver blir att möta potentiellt växande vårdbehov och tillvarata de möjligheter som den medicintekniska utvecklingen ger. Inom ramen för projektet Framtidens hälso- och sjukvård har en behovsanalys gjorts. Den visar att antalet vård dagar 2018 kan komma att öka med 16 procent och antalet besök i öppenvård med 15 procent jämfört med 2008, utifrån antagandet om oförändrat sjukdomspanorama och oförändrat vårdkonsumtionsmönster men hänsyn tagen till en förändrad ålderssammansättning (figur 1). Det ökade behovet är då en funktion av den demografiska utvecklingen i regionen som präglas av en betydande inflyttning och en växande andel äldre i befolkningen. Enligt den befolkningsframskrivning som gjorts till 2030 ökar befolkningen i länet med drygt 20 procent i förhållande till 2009.

Eftersom vårdbehoven ökar med åldern leder fler äldre till ökad vårdkonsumtion även om vi generellt sett är friskare också högre upp i åldrarna än tidigare generationer. Ökningen av antalet personer mellan 65 och 79 år och längre fram dem som är 80 år och äldre, är proportionellt större än för befolkningen som helhet i länet. De äldre utgör majoriteten av patienterna. Inom gruppen dominerar de stora folksjukdomar som ofta kan tas om hand inom primärvård, öppenvård eller på ett sjukhus med specialister inom verksamhetsområdena kirurgi, invärtesmedicin och geriatrik.

Figur 1: Indexerad framskrivning av slutenvårdstillfällen per vårdgren 2009 till 2030



Gruppen i arbetsför ålder 25 till 64 år är överlag friska, men är ändå betydande vårdkonsumenter. De står för omkring 45 procent av samtliga besök i öppenvården. Många av dem är, i egenskap av föräldrar, engagerade i den sjättedel av besöken i öppenvården som rör barn.

I Stockholms län bor cirka 620 000 barn och unga mellan 0 och 24 år, vilket är ungefär en tredjedel av länets befolkning. Den unga befolkningen,

mellan 0 och 24 år kommer att öka med 7 till 8 procent fram till år 2018. Hälsosituationen för svenska barn och unga är bland de bästa i världen, men behovsanalysen visar att behovet av hälso- och sjukvård för barn och unga kommer att öka beroende på fler barn.

En särskild behovsgrupp är de personer som har flera olika diagnoser och hög vårdkonsumtion vilket ställer särskilda krav på omhändertagandet. Analyser har visat att omkring 10 procent av befolkningen står för cirka 80 procent av sjukvårdskostnaderna. Omkring 1 procent av befolkningen står för omkring en tredjedel av sjukvårdskostnaderna. Det är svårt att prognostisera hur denna grupp kommer att utvecklas i befolkningen över tid, men uppenbart är att insatser för att förebygga uppkomsten av komplicerade och vårdkrävande sjukdomstillstånd kan ge stora vinster för individer och samhälle. Ett exempel är så kallad "aktiv hälsostyrning" som innebär att aktivt stödja dessa patienter vilket kan leda till effektivare vård och därmed minska vårdbehoven i gruppen.

2.2 Patienten i hälso- och sjukvården

Patienters och medborgarnas syn på vården inom Stockholms läns landsting varierar mellan boende i olika kommuner och stadsdelar och mellan olika grupper beroende på bland annat ålder, kön, etnicitet och diagnos. Grupper som är mindre nöjda med vården är exempelvis utlandsfödda och personer med dåligt självskattad hälsa.

Undersökningar påvisar ett förbättringsutrymme kring information till patienten om dennes tillstånd och tillvaratagande av patientens engagemang och vilja till delaktighet i beslut om vård. Kvalitativa studier visar att specialistvården ofta fungerar väl när patienten har kommit in i systemet, men att gränssnittet mellan olika vårdnivåer och mellan vården och kommunal service kan vara problematisk. Patienten har i detta hänseende tvingats ta ett för stort samordningsansvar för sin egen hälso- och sjukvård.

Jämlik och jämställd vård

Det finns studier som visar på brister i vården när det gäller hur väl vårdgivarna lyckas erbjuda vård på lika villkor. Frågan om hälso- och sjukvården inom Stockholms läns landsting erbjuds på lika villkor är dock komplex och några entydiga svar är svåra att finna. Hälsa, vårdbehov och uppfattningar om vården skiljer sig mellan olika grupper och individer i samhället. Vidare varierar individers "hälsoförståelse", människors uppfattning om den egna hälsan, vad man gör för att hålla sig frisk och var

och hur man söker vård. Genomgående är dock att över tid, och trots skilda mått för hälsa och ohälsa, så visar vissa kommuner och stadsdelar återkommande resultat där befolkningen generellt har en sämre hälsa. Befolkningen i dessa bostadsområden är ofta mer socialt och ekonomiskt utsatt än resten av befolkningen.

En sammanhållen vårdkedja anses viktig, särskilt för personer med funktionsnedsättning, då hälso- och sjukvården blir allt mer specialiserad och inte nödvändigtvis fokuserar på patientens hela behov.

Personer som är födda utanför Norden har generellt sämre hälsa än infödda svenskar. De upplever också att tillgängligheten till vården är sämre och de har ett lägre förtroende för hälso- och sjukvården än infödda svenskar.

Studier visar vidare att kvinnor i länet uppger lägre självskattad hälsa än männen. Skillnader mellan kvinnor och män har också påvisats när det gäller tillgång till utredning och behandling för vissa sjukdomar, trots att de inte tycks vara medicinskt motiverat. Statistik från Patientnämnden visar att kvinnor proportionellt sett lämnar in fler klagomål än män även efter justering för variation i konsumtion av hälso- och sjukvård.

Skillnader i jämlikhet och jämställdhet i vården som kan påvisas, speglar de sociala strukturer och uppfattningar som återfinns i samhället i stort. Dessa behöver synliggöras för att garantera en jämställd och jämlik vård.

Patientens rätt och ställning

Enligt den statliga utredningen *Patientens rätt* har patienten en alltför svag ställning och en ibland, åtminstone upplevd, underordnad ställning. Insatser för ökad delaktighet och stöd till individer som har svårt att göra sin röst hörd skulle kunna stärka patientens ställning. Ökad delaktighet skapar förutsättningar för bättre resultat generellt. Patientens rättsliga ställning kan komma att förändras framöver. Förslag finns bland annat på nationella regler och lagstiftning i syfte att stärka patientens ställning inom hälso- och sjukvården, ett säkert informationssystem för patientjournalen och en utvidgning av vårdgarantin för att gälla även vid psykisk ohälsa. Patientens rättsliga ställning stärks i och med patientsäkerhetslagen som trädde i kraft 1 januari 2011. Enligt lagen ska vårdgivaren se till att patienten får individuellt anpassad information bland annat om sitt hälsotillstånd, möjlighet att välja vårdgivare och information om vårdgarantin. Vårdgivaren ska också informera om hur patienten kan agera om vårdskada uppstått. Vård ska så långt möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Vårdgarantin har även lagfästs. Vidare har

införande av vårdval en stor betydelse i arbetet med att stärka patientens rätt och ställning. Patientens fria val antas leda till en ökad patientrörlighet både inom riket och EU.

Barnperspektivet

Hälso- och sjukvårdsinsatser för barn och unga ska enligt barnkonventionen vara lyhörda och sjukvården ska respektera barns och ungas åsikter i beslut och åtgärder. Barnperspektivet ska genomsyra vårdverksamheterna, vilket innebär att alla barn och unga ska behandlas lika, men att man ska uppmärksamma det unika, likheter och skillnader – mellan olika åldrar, mellan pojkar och flickor, samt mellan individer avseende behov och möjligheter. Det är vidare viktigt att barn och ungdomar får vara med och påverka och att barnperspektivet finns med i planeringen samt i beslut och avtal.

EU-patientrörlighetsdirektivet

EU har under 2010 beslutat om direktivet för patientrörlighet. Det innebär att medborgarna i EU har rätt att fritt söka vård i olika EU-länder. Hur detta påverkar patientrörligheten mellan och inom länder är svårt att ange. Det är dock troligt att patientrörligheten kommer öka i framtiden åtminstone i jämförelse med dagens låga antal av patienter som söker vård utanför sin vistelseort.

2.3 Dagens hälso- och sjukvårdsstruktur

Hälso- och sjukvården i Stockholms län är uppbyggd kring Vårdguiden, primärvård, specialistmottagningar, akutsjukhus och universitetssjukhus. På länets akutsjukhus, inklusive Norrtälje sjukhus, görs årligen omkring 250 000 slutenvårdstillfällen och cirka 3,5 miljoner öppenvårdsbesök. I tabell 1 beskrivs hur öppenvårdsbesöken fördelar sig i Stockholms läns landsting. Två tredjedelar av öppenvårdsbesöken görs i primärvården. De innefattar besök hos såväl läkare som andra yrkesgrupper. I genomsnitt har en medborgare i länet nära fem årliga kontakter med primärvården per år.

Tabell 1. Öppenvårdsbesök i Stockholms läns landsting 2010.

Samtliga öppenvårdsbesök	Besök	Besök per 1000 invånare	%
Primärvård	10 051 207	4 903	67
Psykiatri	1 549 955	756	10
Geriatrisk	45 630	22	0
Somatisk specialistvård	3 457 856	1 687	23
Totalt	15 104 648	7 367	100

En del av sjukvården klassas som högspecialiserad. Karolinska universitetssjukhuset ansvarar för en stor andel av den högspecialiserade vården inom Stockholms läns landsting. Omkring 480 specialister (exklusive specialister i allmänmedicin) är verksamma i den öppna vården utanför akutsjukhusen. Av dessa har drygt två tredjedelar privatmottagning med etablering enligt lagen om läkavårdsersättning. Dessa läkare med privat etablering ersätts av landstinget för sin verksamhet utifrån ett nationellt fastställt ersättningsystem. En stor del av dessa (70 procent) har också särskilda avtal med landstinget. I Stockholms län finns det cirka 200 husläkarmottagningar. Av dessa drivs drygt sextio procent privat inom vårdvalet för husläkarmottagningarna.

Allt fler ingrepp och behandlingar genomförs i dag i öppenvård. I Stockholm finns nu ett antal kliniker med avancerad specialistvård där också operationer kan utföras. En del av dessa vårdenheter erbjuder dygnsvård i samband med utredning eller operation. Slutenvårdsinsatserna på akutsjukhusen tenderar samtidigt att fokusera på vård som i större utsträckning kräver akutsjukhusets resurser med primärt fokus på medicinska insatser.

2.4 Dagens uppdrag för akutsjukhusen

Karolinska Universitetssjukhuset är landstingets största producent av hälso- och sjukvård. Verksamheten bedrivs i två produktionsenheter som fysiskt är belägna i Solna respektive Huddinge. Karolinska Universitetssjukhuset är länets universitetssjukhus där mycket av den mest avancerade hälso- och sjukvården utförs samtidigt som forskning och utbildningen är en integrerad del av verksamheten. Karolinska Universitetssjukhuset har ett särskilt ansvar för att utveckla den högspecialiserade vården med målsättningen att vara en nationellt ledande producent av högspecialiserad vård. Karolinska Universitetssjukhuset tar idag emot många patienter från andra landsting som är i behov av universitetssjukhusets resurser. Karolinska Universitetssjukhuset producerar också mycket vård som inte är högspecialiserad. Vidare bedriver Karolinska Universitetssjukhuset en omfattande barnsjukvård. Implementeringen av NKS kan komma att föranleda att den nuvarande profileringen av de två produktionsenheterna Karolinska Solna och Karolinska Huddinge kan behöva justeras. För att Karolinska Universitetssjukhuset också fortsättningsvis ska kunna ha en ledande roll behöver utveckling och forskning i stor omfattning bedrivas integrerat med sjukvårdsproduktionen. Detta är en förutsättning för att långsiktigt få effektiv högspecialiserad vård vid kunskapens framkant.

Vid S:t Eriks ögonsjukhus bedrivs idag den största delen av ögonsjukvården i länet, såväl både den mest avancerade ögonsjukvården och den enklare ögonsjukvården. Vid S:t Eriks ögonsjukhus sker också regionens forskning och utbildning inom ögonområdet. Vården vid S:t Erik kommer starkt att påverkas av vårdvalsområdet ögon och NKS. Vårdvalet innebär förmodligen att den enklare ögonsjukvården kommer att göras på fler ställen i länet vilket kommer att påverka volymerna vid S:t Erik, dock behöver viss bassjukvård bedrivas där för att tillgodose forsknings- och utbildningsbehovet. Samtidigt kan uppdraget för S:t Eriks ögonsjukhus komma att förändras till följd av NKS.

Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus är länets tre större akutsjukhus. De två först nämnda betecknas idag som undervisningssjukhus och har genom Karolinska Institutets närvaro viktiga funktioner inom klinisk forskning och utbildning. Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus lämpar sig också väl för verksamhetsförlagd utbildning. Mot bakgrund av förändringarna till följd av NKS och befolkningsutvecklingen kommer dessa akutsjukhus att i framtiden få ett större patientflöde. Det gäller framför allt Danderyds

sjukhus och S:t Görans sjukhus som befinner sig fysiskt nära Karolinska Solna.

S:t Görans sjukhus inriktning är stora volymer av slutenvård. S:t Görans sjukhus är något mindre än Danderyds sjukhus och Södersjukhuset. Sjukhuset erbjuder en bred verksamhet inom olika specialiteter, som till exempel akutklinik, medicinklinik, ortopedklinik, kirurgklinik, anestesi-klinik, smärteklinik, fysiologisk klinik samt röntgenklinik som drivs av Unilabs AB. Vissa specialiteter saknas dock på sjukhuset som till exempel förlossningsverksamhet. Verksamheten vid S:t Görans sjukhus bedrivs idag av Capio AB.

Danderyds inriktning är stora volymer akut somatisk slutenvård. Danderyds sjukhus har Stockholms enda Rehabiliteringsmedicinska klinik samt Hudklinik, Talklinik inklusive en komplett logopediverksamhet, samt reumatologisk specialistvård. Danderyds sjukhus viktigaste områden inom akutsjukvård är hjärt- och kärlsjukdomar med stor pacemaker och ICD/CRT verksamhet samt PCI, kirurgi/urologi med avancerat centrum för laparoskopi och endoskopi samt ortopedi. Vidare bedrivs en bred internmedicinsk akutverksamhet där strokevården är ledande i landet. Danderyds sjukhus kvinnosjukvård utgör tillsammans med BB-Stockholm, där Danderyds sjukhus är delägare, norra Europas största förlossningsverksamhet. Neonatalvården på Danderyds sjukhus bedrivs i Karolinska Universitetssjukhusets regi. Ytterligare ett profilmråde är Nationellt Respirationscentrum som tar emot patienter från hela landet. Danderyds sjukhus har en komplett njurmedicinsk verksamhet med dialys även på Löwenströmska sjukhuset och i Norrtälje sjukhus. Infektionsverksamheten är en viktig resurs och tillhör Danderyds sjukhus, men läkarna är anställda av Karolinska Universitetssjukhuset. Danderyds sjukhus har flera viktiga profilmråden med unik kompetens där utvecklingen sker i den vetenskapliga frontlinjen. Det bedrivs också en betydande forskningsverksamhet vid Danderyds sjukhus särskilt inom de breda folksjukdomarna som kronisk njursjukdom och ateroskleros.

Södersjukhusets inriktning är stora volymer akut somatisk slutenvård. Viktiga områden är hjärtkärlsjukvård inklusive stroke med särskild tonvikt på akut omhändertagande, barn- och kvinnosjukvård, kirurgi med behov av akutsjukhusets preoperativa och postoperativa resurser, akut ortopedi och Venhälsan. Samarbetet med prehospital verksamhet är omfattande. I framtiden förväntas den akutsomatiska verksamheten vara fortsatt omfattande. Det speciella kunnande som finns inom området sexuell och reproduktiv hälsa är ett utvecklingsområde för Södersjukhuset. Likaså den

erfarenhet och unika verksamhet som finns vid akutmottagningen för våldtagna kvinnor. Vården av cancersjuka omfattar stora patientvolym och medför höga krav på en välfungerande vårdkedja för patients speciella behov. Delar av denna verksamhet bedrivs av Karolinska universitetssjukhuset. En utveckling är att flera specialiteter kan samverka i denna patientprocess, såsom redan idag sker vid bröstcentrum på Södersjukhuset. Södersjukhusets undervisningsuppdrag är idag omfattande, och beräknas växa ytterligare framöver. Det stora patientflödet ger goda möjligheter till klinisk forskning och utbildning.

Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus har främst ett ansvar att ge vård till medborgarna i sitt närområde. Det akuta uppdraget står i fokus för dessa akutsjukhus.

2.5 Dagens infrastruktur för hälso- och sjukvården

Vården kräver i vissa fall specialanpassade byggnader. I tabellen nedan redovisas delar av fastighetsbeståndet för hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting som bedömts vara av strategisk betydelse. Byggnader som redovisas ägs av Stockholms läns landsting och har klassificerats som närsjukhus, akutsjukhus och universitetssjukhus. Med begreppet närsjukhus avses här den fysiska fastigheten vilken kan fyllas med olika typer av vårdverksamheter och således inte ett specifikt vårduppdrag.

Tabell 2. Närsjukhus, akutsjukhus och universitetssjukhus i Stockholms läns landsting.

Närsjukhus	Akutsjukhus	Universitetssjukhus
Löwenströmska sjukhuset Jakobsbergs sjukhus Sollentuna sjukhus Bromma sjukhus Sabbatsbergs sjukhus Rosenlunds sjukhus Nacka sjukhus Dalens sjukhus Handens sjukhus	Norrtälje sjukhus Danderyds sjukhus* S:t Görans sjukhus Södersjukhuset* Södertälje sjukhus S:t Eriks ögonsjukhus*	Karolinska Universitetssjukhuset Solna och Huddinge

* Undervisningssjukhus enligt lag (1982:764) om vissa anställningar som läkare vid upplätta enheter med mera. Utöver dessa bedrivs undervisning i bland annat psykiatri inom Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) slutenvård med lokaler belägna vid S:t Görans sjukhus.

Förutom den här redovisade infrastrukturen finns en omfattande hälso- och sjukvård som bedrivs i lokaler som ägs av andra aktörer än Stockholms läns landsting. Exempel på denna infrastruktur är Ersta sjukhus och Sophiahemmet.

Landstingets investeringar är en strategisk fråga som bör hanteras samlat på en övergripande nivå för att trygga en god hälso- och sjukvård och kollektivtrafik åt medborgarna i länet med utgångspunkt från kravet på en ekonomi i balans. Detta blir särskilt viktigt då landstinget nu lämnar en fas med investeringar som i huvudsak omfattat ombyggnationer och upprustning till en fas där stora nybyggnationer krävs. Här diskuteras investeringarna i hälso- och sjukvården och dessa måste utgå från en realistisk bild av de samlade framtida behoven och de samlade finansiella resurserna. Hänsyn måste också tas till effekter för kapacitet och finansiella resurser av de investeringar som planeras i Nya Karolinska Solna (NKS), samt till de investeringar som beslutats och planeras inom kollektivtrafiken.

2.5.1 Närsjukhusen är en viktig del av infrastrukturen

Samtliga närsjukhus är byggda mellan 1961 och 1980 och är relativt jämnt spridda över länet. De har en liknande allmän uppbyggnad, dels en lägre byggnad tänkt för mottagningar och operation och dels en högre byggnad anpassad för slutenvård. Närsjukhusen Sabbatsberg, Löwenströmska och Nacka sjukhus byggdes, utvecklades och drevs fram till 1996 som akutsjukhus, då en strukturplan för landstingets vårdproduktion innebar att akutsjukvård inte längre skulle bedrivas på dessa sjukhus.

En inventering av närsjukhusen visar att det finns stor ledig kapacitet i närsjukhusen både i norra och södra delen av länet. Inventeringen visar också att närsjukhusen har en bra lokalisering och en ändamålsenlig grundstruktur som kan anpassas till ett vårdutbud för de patienter som inte är i akut behov av akutsjukhusens resurser. Närsjukhusen har ett varierande behov av upprustning och ombyggnation.

En fördel med att bygga ut vårdkapaciteten vid närsjukhusen är att riskerna sprids på flera fastigheter och ett antal projekt över tiden. Investeringarna i närsjukhusen ger också en ökad kapacitet på relativt kort tid.

Närsjukhusen används idag för vårdverksamhet som bedrivs både av privata aktörer och av landstinget. Tiden för hyresavtal i närsjukhusen ser olika ut och här krävs ytterligare genomgångar för att få en samlad bild av läget.

2.5.2 Pågående investeringsprojekt i akutsjukhusen

För Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge samt Södertälje sjukhus planeras omfattande investeringar. Även S:t Eriks ögonsjukhus, S:t Görans sjukhus och Norrtälje sjukhus planerar för nya investeringar. En utgångspunkt har varit den Operationssalsutredning som genomfördes år 2006 och som resulterade i uppdrag till dessa akutsjukhus att utifrån förstudier genomföra programarbeten för nya operationssalar, för Södersjukhuset och Danderyd också för nya akutmottagningar. Uppdragen har sin bakgrund i att de nuvarande lokalerna inte bedöms vara ändamålsenliga för modern sjukvård eller att lokalerna är uttjänta och behöver ersättas med nya. Analysen visar på svårigheter att stänga vissa operationssalar för renovering samtidigt som ordinarie verksamhet pågår. Detta har inneburit att renoveringen av operationssalarna har fått en inriktning där nya operationssalar byggs i nya byggnader i anslutning till de nuvarande akutsjukhusen. Vid planeringen av nya operationssalar så har åtgärder vidtagits för att det tekniskt ska gå att renovera delar av operationssalarna utan att hela verksamheten måste stänga.

Utgångspunkten vid planeringen av akutsjukhusens investeringar har varit en oförändrad produktionskapacitet. Projekten har drivits av akutsjukhusen och efterhand har de vuxit i omfång och uppdateringen av operationssalarna utgör för närvarande endast en del av de föreslagna investeringsobjekten som har tagit formen av strategiska investeringar.

Akutsjukhusen har gjort ett omfattande arbete med att ta fram förslag till investeringar i nya byggnader. Det har dock delvis saknats en övergripande styrning från landstinget av projekten där de föreslagna investeringarna satts in i ett större sammanhang. Följden har blivit att varje akutsjukhus har optimerat investeringarna utifrån sina förutsättningar utan övergripande bedömning om framtida behov eller finansiella resurser i landstinget.

Nybyggnadsår för akutsjukhusen är i huvudsak:

Södersjukhuset	1943-1947
Danderyd	1958-1962
Södertälje	1960-1961 samt 1980
Huddinge	1972
S:t Erik	1968
S:t Göran, huvudbyggn	1984-1986
Norrtälje	1996

2.5.3 Bedömningsgrund för investeringarna

De investeringar som diskuteras här är framför allt investeringar i byggnader. Med investeringarna i byggnaderna följer även investeringar i inventarier och utrustning. Schablonmässig beräknas kostnaderna för inventarier och utrustning uppgå till cirka 30 procent av kostnaderna för nybyggnationerna. Viktigt att uppmärksamma är också investeringarna i informations- och kommunikations teknologi (IKT) som kommer att få stor betydelse för utvecklingen av hälso- och sjukvårdsstrukturen i framtiden. Investeringar i IKT hanteras separat under avsnitt 3.6.

Mycket tyder på att den nuvarande infrastrukturen i hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting närmar sig en punkt då nya investeringar behöver göras för att täcka de framtida behoven. Analysen pekar dock på att den nuvarande infrastrukturen inte utnyttjas på ett optimalt sätt och att det finns en stor potential att öka effektiviteten i den befintliga infrastrukturen både på akutsjukhusen och närsjukhusen. Bedömningen är att en kombination av en ökad effektivisering och investeringar i den nuvarande infrastrukturen är nödvändig för att möta befolkningens behov av hälso- och sjukvård.

De perspektiv som legat till grund för diskussion kring inriktning för investeringar i byggnaderna i hälso- och sjukvården i länet är:

- Behoven av hälso- och sjukvård, forskning och utbildning
- Mål för hälso- och sjukvårdstrukturen
- NKS verksamhetsinnehåll
- Finansiella förutsättningar
- Investeringar för ökad effektivitet och kvalitet
- Infrastrukturens möjlighet att utvecklas på längre sikt
- Infrastrukturens flexibilitet
- Attraktiva arbetsplatser och inbjudande vårdmiljöer för patienterna

Behoven av hälso- och sjukvård, målen för hälso- och sjukvårdsstrukturen, NKS-verksamhetsinnehåll och de finansiella förutsättningarna beskrivs i andra avsnitt i föreliggande förslag.

Investeringar för ökad effektivitet och kvalitet

För att kunna tillgodose befolkningens behov av vård inom givna finansiella ramar måste investeringarna vara kostnadseffektiva och leda till en ökad effektivitet och kvalitet på alla nivåer i hälso- och sjukvårdsstrukturen. För detta spelar en sammanhållen informationsstruktur en avgörande roll.

FoU-investeringar krävs också för regionens långsiktiga behov att utbilda medarbetare och för utveckling av vården.

Pågående och planerade investeringsprojekt hänvisar ofta till att en ökad effektivitet och kvalitet i verksamheten uppnås till följd av investeringen. Det visar sig dock att dessa effektiviseringar ofta inte är beräknade och det är oklart huruvida investeringarna de facto leder till en ökad effektivitet för landstinget. Analysen visar att om operationssalarna utnyttjas fler timmar per dag så kommer också behovet av investeringar i operationslokaler att minska i landstinget. Det är dock idag inte lika entydigt vilka åtgärder som är lämpliga för att få en ökad nyttjandegrad av operationssalarna.

Infrastrukturens möjlighet att utvecklas på längre sikt

Infrastrukturen måste bedömas mot bakgrund av dess möjlighet att användas för att bedriva en effektiv vård av hög kvalitet. De investeringar som görs i nya byggnader i landstinget har hittills haft som utgångspunkt att de ska ha en livslängd om minst 50 år och en ändamålsenlig struktur om minst 30 år utan att byggnaden kräver större ombyggnationer. Det innebär även att infrastrukturen som de nya byggnaderna ansluter till måste vara flexibel och vara i enlighet med den äldre byggnadens förväntade återstående livslängd. Saknas flexibiliteten i befintlig infrastruktur måste tidsperspektivet för investeringen vara kortare och strategin vara att successivt anpassa byggnaderna till en bortre tidsgräns då byggnaderna avvecklas.

Infrastrukturens flexibilitet

Det är också viktigt att ha en flexibilitet i den framtida infrastrukturen. En struktur som består av ett antal geografiskt jämnt fördelade vårdinrättningar med olika storlek ger större möjlighet att erbjuda ett varierat vårdutbud för invånaren. Flexibiliteten avser såväl de enskilda byggnadernas möjlighet att anpassas till olika typer av verksamhet som möjligheten att fatta beslut i framtiden om nya strukturella förändringar. Detta är ett viktigt skäl till att investeringarna bör spridas i tiden så att det finns en möjlighet att även framdeles justera hälso- och sjukvårdsstrukturen efter nya behov och förutsättningar.

Attraktiva arbetsplatser och inbjudande vårdmiljöer för patienterna

Den framtida infrastrukturen måste också svara mot medarbetarnas krav och önskemål. Det gäller såväl den enskilda lokalens utformning som möjligheten att utveckla verksamheten tillsammans med medarbetarna och deras kompetens. Detta är en förutsättning för att Stockholms läns landsting ska kunna attrahera medarbetare även i framtiden.

Lokalerna ska också uppfattas som attraktiva av patienterna. Detta är en viktig del av hälso- och sjukvårdens bemötande av patienterna.

2.6 Finansiella förutsättningar inför framtiden

Beräkningar har gjorts av de finansiella förutsättningarna i Stockholms läns landsting till och med 2025. Fördelningen av landstingsbidraget till vården baseras på skatteunderlaget som har beräknats av Sveriges kommuner och landsting (SKL). Kostnadsutvecklingen baseras på budgeten för 2010 samt antagande om landstingsprisindex, medicinteknisk utveckling, förväntade behovsökningar samt av de investeringar som ligger utanför den normala investeringsvolymen i landstinget. Kalkylerna visar på ett framtida gap mellan intäkter och kostnader och på sikt kommer inte den nuvarande kostnadsökningstakten vara hållbar givet oförändrade skattenivåer.

Det finns i dag inget utrymme avsatt för tillkommande kostnader av de föreslagna investeringarna i landstinget. Investeringarna är dock i många fall nödvändiga för att Stockholms läns landsting ska kunna behålla eller utveckla den nuvarande infrastrukturen och kunna ge medborgarna den vård de har behov av. Det finns en uppenbar risk för att de ökade kostnaderna till följd av investeringarna minskar utrymmet för att beställa vård.

Beräkningar visar att det krävs en minskad kostnadsökningstakt i hälso- och sjukvården om cirka en procent per år, utöver dagens krav, för att hantera kostnaderna för investeringarna i NKS och de ökade behoven till följd av befolkningsökningen samt demografiska förändringar, se figur 2. Detta givet att landstinget ska ha en ekonomi i balans med utgångspunkt från de nuvarande skatteintäkterna och att hälso- och sjukvårdens andel av budgeten är oförändrad. Denna process med en minskad kostnadsökningstakt bör inledas snarast för att på sikt undvika stora obalanser mellan kostnader och intäkter. Det kommer att krävas en ökad ekonomistyrning inom varje enskild förvaltning och bolag för att det ska lyckas.

En minskad kostnadsökningstakt om en procent per år i hälso- och sjukvården i förhållande till i dag är en stor förändring och utmaning. Det innebär att den trend som funnits i hälso- och sjukvården under lång tid måste brytas. En lägre kostnadsökningstakt kan ske genom åtgärder både

på "makronivå" och "mikronivå". Exempel på aktiviteter för att förbättra effektiviteten:

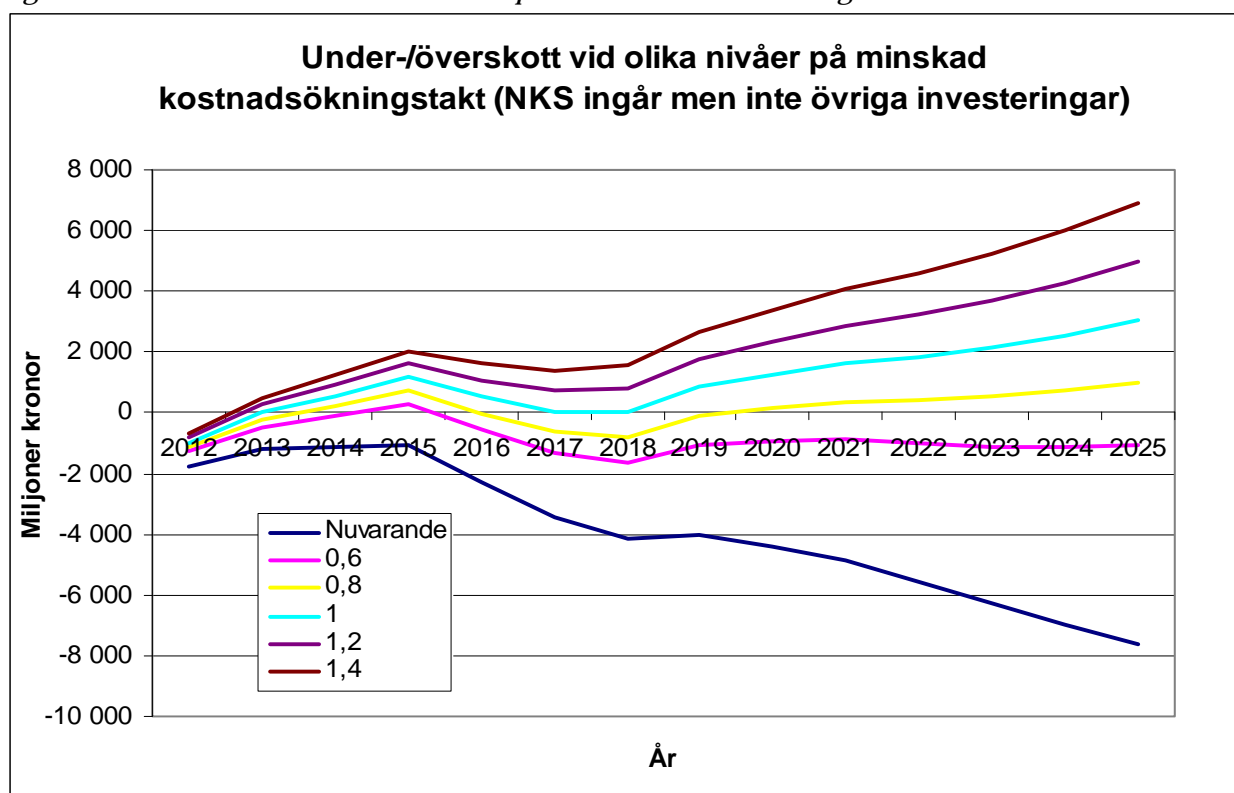
Makronivå

- En hälso- och sjukvårdsstruktur som tar hand om patienter på rätt vårdnivå och samverkar för att hela vårdkapaciteten utnyttjas på bästa sätt
- En hälso- och sjukvårdsstruktur som samverkar effektivt genom till exempel ändamålsenliga IT-system med tjänster som garanterar åtkomst till strukturerad information av hög kvalitet för all landstingsfinansierad vård. IT-stödet ska även förenkla och förbättra hälso- och sjukvården administrativa processer
- En ökad satsning på e-hälsotjänster som möjliggör samordning av patientens vårdprocesser och konkreta behandlingar.
- En vård som baseras på kunskapsstyrd beställarorganisation samt kvalitetsuppföljning av vårdproduktion
- Styrsystem som ger förutsättningar för en god konkurrens och underlättar för vårdföretag att verka
- En hälso- och sjukvårdsstruktur där rollerna för aktörerna renodlas och den mest resurskrävande vården koncentreras
- En hälso- och sjukvårdsstruktur där det finns möjlighet att genom upphandlingar påverka prissättningen på vårdtjänster
- Ersättningssystem som styr mot ökad produktivitet och effektivitet
- Investeringar som ökar produktiviteten i hälso- och sjukvården
- Fortsatta satsningar på att förebygga ohälsa och förbättra folkhälsan för att minska vårdbehoven
- Arbete med öppna jämförelser där kvalitet, resultat och kostnader inom olika verksamheter jämförs

Mikronivå

- En effektiv intern planering och styrning hos vårdgivarna vad gäller till exempel det akuta flödet och det elektiva flödet
- Ökad fokus på kunskapsstyrd vård (evidensbaserad vård)
- Förbättringsarbete hos enskilda vårdgivare
- Fokus på patientsäkerhet och bättre läkemedelshantering som till exempel leder till färre patientskador och vårdrelaterade infektioner
- Ett effektivt nyttjande av lokaler, operationssalar och utrustning hos den enskilda vårdgivaren
- Ett effektivt utnyttjande av medicintekniska framsteg

Figur 2: Under-/överskott vid olika nivåer på minskad kostnadsökningstakt



2.8 Definitioner och begrepp

2.8.1 Vårdplatser och vårdtillfällen

Med vårdplatser avses här den fysiska platsen där patienten vårdas. För att patienten ska kunna vårdas på vårdplatsen krävs till exempel att vårdplatsen bemannas och utrustas med olika typer av utrustning. Med hjälp av de bemannade och utrustade vårdplatserna produceras sedan vårdtillfällen, det vill säga de värdepisoder då patienten befinner sig på vårdplatsen och vårdas.

Den fysiska vårdplatsen måste ses som en av flera produktionsfaktorer och att ensidigt fokusera på den fysiska vårdplatsen kan leda fel. Det är till exempel inte givet att produktionen kan öka även om antalet fysiska vårdplatser ökar, det måste exempelvis finnas personal som kan bemanna vårdplatserna. Fokus bör istället vara på huruvida de producerade tjänsterna motsvarar behoven av hälso- och sjukvård. Om inte hälso- och

sjukvården kan tillgodose behoven kan en slutsats vara att kapaciteten bör öka. För att öka kapaciteten behöver storleken och mixen av produktionsfaktorer ses över, däribland antalet fysiska vårdplatser.

Det är också viktigt att skilja på kostnader i investeringar i fysiska vårdplatser, det vill säga kostnader för byggnader och utrustning, och driften av vårdplatserna i form av kostnader för personal, med mera. Stora investeringar i fysiska vårdplatser leder till ökade kostnader för vården främst i form av driften av vårdplatserna.

2.8.2 Högspecialiserad vård

Det finns idag ingen enhetlig definition av begreppet högspecialiserad vård. I NKS-projektet är begreppet "högspecialiserad vård" dock av stor betydelse, eftersom landstingets beslut sedan 2001 och framåt har beskrivit att det nya universitetssjukhuset företrädesvis ska bedriva högspecialiserad och specialiserad vård. Begreppet högspecialiserad vård är inte definierat i författningstext och det finns inte heller någon allmänt accepterad definition av begreppet även om de flesta säkert delar Socialdepartementets definition som "en allmän benämning på sjukvård som är forskningsnära, nyskapande, modern, investeringstung eller på annat sätt intar en framskjutande position och vanligtvis med ett behov av resurskoncentration" (SoS Ds 2003:56).

I 3 S-utredningen och i ägardirektiven definieras begreppet högspecialiserad vård som "sådan vård (diagnostik och/eller behandling) som kräver särskild kompetens eller resurser och därför måste koncentreras".

2.8.3 LEON-principen

LEON-principen är en viktig utgångspunkt för att klara det framtida behovet av hälso- och sjukvård, både gällande vårdinrättning samt kompetensnivå.

Med LEON-principen avses lägsta effektiva omhändertagande nivå. Det innebär att patienten ska tas om hand på den vårdnivå som bäst kan behandla patienten utifrån patientens behov. Genom ett konsekvent utnyttjande av LEON-principen kan hälso- och sjukvården samlat göras mer effektiv då den mest kostnadskrävande vården främst inriktas mot de patienter som är i behov av den. Samtidigt innebär LEON-principen att

vården kan flytta närmare patienten då mycket av vården inte behöver utföras vid akutsjukhusen.

På kort sikt är det dock inte alltid givet att det är mest lönsamt att flytta ett enskilt vårdtillfälle mellan olika vårdnivåer enligt LEON-principen. Orsaken är att det i ett kortare perspektiv är svårt att anpassa de fasta kostnaderna i verksamheten till en förändrad produktionsmix. På längre sikt är det dock även möjligt att anpassa de fasta kostnaderna i verksamheten till ett förändrat verksamhetsinnehåll. Detta ger viktiga implikationer för styrningen av vården, till exempel vad gäller mål för produktionsoptimering och hur kraven i ägarstyrningen formuleras med utgångspunkt från LEON-principen.

2.9 Forskning, utveckling och utbildning

Forskning, utveckling och utbildningsverksamheten (FoUU) inom Stockholms läns landsting finansieras med medel från landstinget och staten. FoUU-verksamheten regleras av det regionala ALF-avtalet som bland annat anger att den kliniskt inriktade forskningen ska ha en tydlig koppling till hälso- och sjukvårdens behov, ett vetenskapligt synsätt ska genomsyra vården på alla nivåer och att tiden för överföring av vetenskapliga rön till klinisk praxis ska vara kort. Rapporter, bland annat från Landstingsrevisorerna (Rapport 16/2010) påtalar vikten av att förstärka den kliniska forskningen och att denna bedrivs där patienter befinner sig inom hela den landstingsfinansierade verksamheten oavsett driftsformer. Man påtalar också betydelsen av landstingets engagemang för att göra vårdutbildningarna ändamålsenliga så att behovet av välutbildad arbetskraft kan tillgodoses. Ett nära samarbete med universitet och högskolor krävs för en fortsatt utveckling av FoUU-verksamheten.

Många av de anställda i Stockholms läns landsting inom hälso- och sjukvården har fått sin utbildning inom ramen för samarbetet mellan Stockholms läns landsting och högskolorna i regionen. Den prognostiserade ökningen av regionens invånare och det ökade vårdbehovet till följd av en större andel äldre gör att behovet av utbildningsinsatser kommer att öka. Det är därför viktigt att all offentligfinansierad vård anpassas för ett utökat utbildningsuppdrag. Lärarresurser och den lokala infrastrukturen för utbildningsverksamheten måste tillförsäkras utrymme för att en klinisk utbildning av god kvalitet ska kunna bedrivas.

3 Förslag till Framtidsplan för hälso- och sjukvården

I detta avsnitt redovisas förslagen i Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Förslagen om den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen tar sin utgångspunkt i målbilderna för 2015 respektive 2025. Investeringarna blir en följd av den föreslagna hälso- och sjukvårdsstrukturen.

3.1 Målbild för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting

Förslag:

Målbilder för hälso- och sjukvårdens för 2015 och 2025 godkänns i enlighet med vad som framgår nedan.

Baserat på det som konstaterats i utgångspunkter för Framtidsplan för hälso- och sjukvården har målbilder för 2015 och 2025 samt strategier tagits fram.

3.1.1 Målbild 2025

Länets befolkning är friskare än 2010 och har stort förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens samlade vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja. Den informerade patienten orienterar sig enkelt i en lättillgänglig vård som erbjuder goda valmöjligheter på lika villkor. Patienten har tillgång till öppen och säker information om sin vård och hälsa. Målinriktade vårdgivare levererar en hälsofrämjande sjukvård med hög effektivitet och patientsäkerheten i fokus. All offentligt finansierad vård sker inom ramen för en sammanhållen informationsstruktur för att trygga kvalitet och säkerhet.

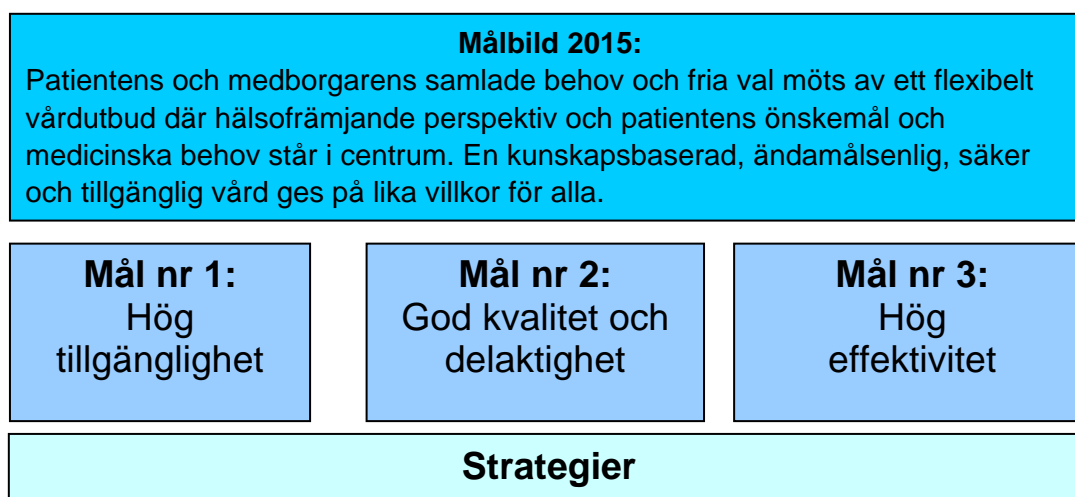
3.1.2 Målbild 2015

Målbilden för 2015 är att patientens och medborgarens samlade behov och fria val möts av ett flexibelt vårdutbud där hälsofrämjande perspektiv och patientens önskemål och medicinska behov står i centrum. En kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker och tillgänglig vård ges på lika villkor för alla. De mål som definierats för att uppnå målbilden för 2015 uttrycks som:

- Hög tillgänglighet: vård i rätt tid

- God kvalitet och delaktighet: säker vård till rätt patient på rätt nivå
- Hög effektivitet: säker vård i rätt tid, till rätt patient, på rätt nivå till rätt kostnad

Figur 3: Målbild, mål och strategier för framtidens hälso- och sjukvård



3.1.3 Strategier för genomförande

Den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen ska utgå från patientens fokus och en kunskapsbaserad vård. Patienten betraktas inte som ett objekt utan som ett subjekt vars erfarenheter, val och önskemål sätts i centrum.

Patienten är på så sätt en aktör i sin egen vård med förutsättningar att ta ett ökat ansvar för sin hälsa. Information och valmöjligheter måste finnas för att möjliggöra att patienterna och medborgarna själva skapar ett förändringstryck gentemot vården utifrån sina behov.

Hälso- och sjukvårdsstrukturen måste vara flexibel och utnyttjas på bästa sätt utifrån såväl ett patientperspektiv som ett effektivitetsperspektiv. LEON-principen (Lägsta Effektiva Omhändertagande Nivå) ska även fortsättningsvis vara en utgångspunkt för den framtida hälso- och sjukvården, både gällande vårdinrättning och kompetensnivå. Hälso- och sjukvårdsstrukturen ska vara öppen för nya idéer och nya företag med olika driftsformer.

3.2 Den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholms läns landsting

Förslag:

eHälsa byggs ut och blir en naturlig del av hälso- och sjukvården. Husläkarmottagningarna utvecklas i samverkan med specialistvården. Specialistvården utanför akutsjukhusen stärks och speciallistcentra utvecklas. Akutsjukhusen och universitetssjukhusen renodlas. Totalt utökas till 2016 geriatriken med 10 000 vårdtillfälle, specialistcentrum med 10 000 vårdtillfällen och akutsjukhusen med 21 000 vårdtillfällen. Vidare flyttas 300 000 direkta läkarbesök i öppenvården från akutsjukhusen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer utveckla konceptet för specialistcentra under hösten 2011.

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att till våren 2012 tillsammans med berörda aktörer utveckla

- Det akuta omhändertagandet
- Det integrerade arbetet med psykisk ohälsa
- Helhetsgreppet om barnsjukvården
- Begreppen som används för att benämna olika delar av hälso- och sjukvården och göra dem mer enhetliga

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer inrätta stödande insatser eller andra typer av tjänster som underlättar samordning och uppföljningen av patienter med speciella behov, till exempel aktiv hälsostyrning.

Huvudprincipen är att akutsjukhusen inte tillåts delta i vårdval. Istället ska akutsjukhusen inom ramen för flerårsavtalen fortsätta att utföra sådan vård inom dessa specialiteter som är nödvändig för att bibehålla akutsjukhusets kompetens inom specialiteten samt hantera de tillstånd inom specialiteten som kräver akutsjukhusets resurser.

Förändringen av hälso- och sjukvårdsstrukturen inleds med att vård som inte kräver akutsjukhusets kompetens successivt flyttas till närsjukhusen som utvecklas i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

3.2.1 Medborgaren i framtidens hälso- och sjukvårdsstruktur

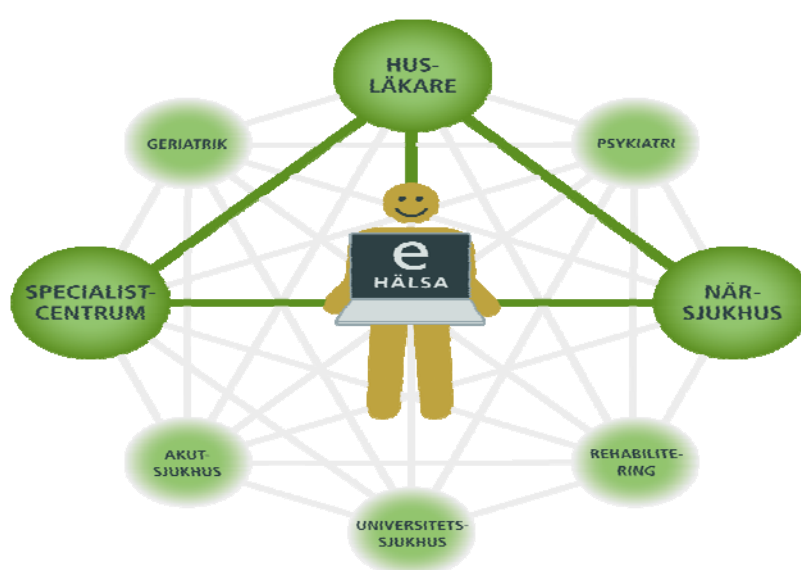
I framtidens hälso- och sjukvård ska patienten stå i centrum. Patienten möter olika delar av hälso- och sjukvården beroende på patientens behov och förutsättningar. Nedan ges en beskrivning på en övergripande nivå av *några* av de delarna som i framtiden kommer att vara en del av hälso- och sjukvårds struktur i Stockholms läns landsting. Det hälso- och förebyggande arbetet ska genomsyra hela hälso- och sjukvårdsstrukturen.

eHälsa	eHälsa kommer att vara en central del av hälso- och sjukvårdsstrukturen i framtiden och eHälsa kommer att genomsyra alla vårdnivåer. Till exempel kommer den vanligaste kontakten med vården vara olika former av eHälsa. Patienten kommer via e-hälsotjänster bland annat kunna boka tider, fråga doktor, se sin journal eller se sina recept. Vidare kommer patienten att kunna följa sin remiss och genomföra vissa undersökningar och behandlingar via e-hälsotjänster.
Husläkarmottagning	Husläkarna kommer tillsammans med övriga husläkarteam att bota och lindra många sjukdomar. Husläkarna fångar också upp patienter som kräver bedömning av andra specialister och samarbetar till exempel med specialistcentra.
Specialistcentrum	Ger den vård som husläkaren inte har möjlighet att ge därför att vården idag kräver akutsjukhusets resurser. Det innebär att specialistcentrum tar över vissa behandlingar som idag görs vid akutsjukhusen. Vissa specialistcentra kan ha en speciell inriktning mot vanligt förekommande sjukdomar och patientgrupper. En nära samverkan mellan husläkare och specialistcentra är en viktig utgångspunkt.
Akutsjukhus	Akutsjukhusen renodlas för att ge vård åt de patienter som behöver akutsjukhusets resurser.

Det innebär att vissa typer av vård flyttas till specialistcentrum och geriatriska enheter.

Universitetssjukhus En stor del av den mest avancerade sjukvården utförs vid Karolinska Universitetssjukhuset.

Figur 4. Den framtida nätverkssjukvården.



3.2.2 eHälsa som en del av framtidens hälso- och sjukvårdsstruktur

eHälsa är den struktur som håller samman patientens vårdprocesser i en hälso- och sjukvård som erbjuds av en mängd aktörer. Med eHälsa avses informations- och kommunikationsteknologi inom vård och omsorg, till exempel elektroniska patientjournaler och elektroniska recept.

Nationellt sker en bred satsning på eHälsa i form av riktade nya nationella tjänster gentemot såväl vårdgivare som medborgare. Medborgarna och patienterna ska i högre utsträckning kunna kommunicera och interagera med hälso- och sjukvården, och ta del av förebyggande insatser genom en utveckling av e-hälso-, coaching- och stödtjänster. Patienten och medborgaren får på så sätt en mer flexibel service med ökade möjligheter

till samordning och delaktighet i vårdprocessen, något som också medverkar till att vården effektiviseras.

För att uppnå hög tillgänglighet, ökad effektivitet och stärkt patientsäkerhet ska Vårdguidens olika kanaler ges en ökad roll. För samordning av patientens vårdprocesser och säker tillgång till relevant information för vårdens alla aktörer utgör eHälsa en tydlig del i hela hälso- och sjukvårdsstrukturen.

Utvecklade e-hälsotjänster kan även säkerställa logistisk koordination av vården, exempelvis genom att patienten kan följa sin remiss elektroniskt. Grupper av patienter med speciella behov av stöd, kunskap och samordning av sina vårdkontakter erbjuds coachnings- och stödtjänster, exempelvis genom så kallad aktiv hälsostyrning (AHS). Fokus ligger på att stötta patienten men också att tillhandahålla information och kunskap om patientens sjukdom för att patienten ska bli bättre på att själv kunna hantera sin situation.

3.2.3 Husläkarmottagningar och specialistvård i nära samverkan

God vård med hög kompetens- och ambitionsnivå på den mest primära vårdnivån är en förutsättning för ett fungerande vårdssystem.

Vid husläkarmottagningarna ska vårdens medarbetare, idealt sett, arbeta långsiktigt med de personer som listat sig hos dem för en kontinuerlig kontakt och rådgivning i hälso- och sjukvårdsfrågor. Husläkarna ska bygga upp långsiktiga kontakter med sina patienter.

I framtiden kommer husläkarna att arbeta nära andra specialister i nätverk till ömsesidig nytta. Husläkaren är på detta sätt tillsammans med övriga aktörer inom primärvården första vårdinstans och fungerar som patientens vägledare i sjukvårdssystemet. Husläkarna fångar upp patienter med åkommor som kräver specialistbedömning och specialisterna ger husläkarna råd och hjälper till vid bedömningar. Detta nätverk ska upplevas av medborgarna som ett kraftfullt och kompetent stöd för att möta de allra flesta hälsoproblem och sjukdomar i samhället. Konkret innebär det att husläkarmottagningarna fortsätter med det uppdrag de bedriver i dag och att de har ett omfattande samarbete med specialister på en eller flera mottagningar och/eller nedan angivna "specialistcentrum".

Särskild uppmärksamhet ska ägnas patientgrupper som har en nedsatt kapacitet att tillägna sig information och valmöjligheter, till exempel multisjuka äldre, patienter som är socialt utsatta eller patienter med kognitiva funktionshinder.

3.2.4 Nätverken utanför akutsjukhusen stärks

En stor del av sjukvården kan utföras utanför akutsjukhusen om det där erbjuds en integrerad helhetslösning med ett mångfacetterat vårdutbud. Sådan slutenvård respektive öppenvård som inte behöver akutsjukhusets kompetens och resurser förs ut från akutsjukhusen. Specialistvården kommer närmare medborgarna, genom utvecklande av mellanformer i närsjukvården som kan benämnas "specialistcentrum". Avsikten är således att förstärka och samla kompetens och resurser, samt föra dem närmare medborgarna – inte att skapa nya vårdnivåer. Specialistcentrum utvecklas i form av pilotprojekt på lämpliga ställen i länet.

Specialistcentrum kan finnas exempelvis på närsjukhus eller läkarhus med tillgång till öppen- och slutenvård inom specialiteter som till exempel geriatrik, invärtesmedicin, gynekologi, dermatologi, kirurgi, pediatrik samt närakut. Därmed krävs också vid dessa specialistcentra tillgång till diagnostik och utrustning för behandling som möjliggör uppdraget. Insatser kring rehabilitering och psykisk ohälsa samt allmänpsykiatrisk öppenvård bör ha en naturlig plats i detta. Samlokalisering kan också ske av slutenvård såsom till exempel geriatrik med direktintag, palliativ vård samt understödjande cancervård. Vidare ska både barn och vuxna kunna tas omhand inom ramen för uppdraget för specialistcentrum.

Nätverk mellan dessa verksamheter och kringliggande husläkarmottagningar byggs upp. Verksamheten kan bestå av flera vårdgivare, men ha ett tydligt uppdrag och bedrivs gränsöverskridande i samarbete mellan olika yrkesgrupper, specialiteter och vårdgivare. Framgångsrika hälsoförebyggande insatser ska utnyttjas och vid sidan av andra preventiva insatser tillämpas efter lokala förutsättningar. Detta ger en ökad möjlighet att anpassa insatserna till patienternas olika behov. Dessa specialistcentra ska för medborgaren och patienten framstå som logiska och intuitiva och på så sätt skapa förutsättningar för patientströmmar utifrån LEON-principen. Uppdraget och vårdtjänsterna bör formuleras så att omhändertagandet av patienterna förbättras, särskilt för de patienter som har långvariga och återkommande möten med vården.

Uppdragen som här skisseras kräver välutvecklad medicinsk service med tillgång till diagnostik och utrustning för behandling. Vidare krävs tillgång till akutmottagning och tillgång till operationssalar men inte intensivvård. Konceptet för specialistcentrum som beskrivs här innebär att jourlinjer vid behov ska finnas tillgängliga vid specialistcentra. Jourlinjer är däremot kostsamma och antalet jourlinjer i landstinget måste därför begränsas. Det innebär att jourlinjer vid specialistcentrum endast ska finnas där så är nödvändigt och effektivt. Vidare bör prövas om det finns möjligheter till samverkan mellan olika aktörer för att hantera tillgängligheten till jourlinjer på ett effektivt sätt.

Inventeringar som gjorts visar att flera befintliga närsjukhus skulle passa för det koncept till specialistcentrum som skisseras. Närsjukhusen kräver dock investeringar för att kunna inkluderas in i denna tänkta struktur. Viktigt i detta sammanhang är också att göra närsjukhusen attraktiva för patienter och personal. Utgångspunkten för dessa närsjukhus är ett gemensamt koncept i vilken patienten ska känna igen sig i. Det innebär också att det ska finnas vissa grundläggande funktioner i samtliga närsjukhus inklusive tillgång till patientens kompletta journal. Utöver detta bör innovationskraften hos vårdgivarna nyttjas i utformningen av olika förslag till specialistcentrum. Forskning och utbildning ska kunna vara en integrerad del av närsjukhusets verksamhet. Hänsyn måste också tas till regionens behov av att utbilda nya medarbetare inom vården.

3.2.5 Renodling av akutsjukhusens verksamhet

Befolkningstillväxten och en mindre kapacitet än dagens Karolinska Solna hos NKS innebär att det kommer att krävas en kapacitetsökning i samtliga delar av den övriga hälso- och sjukvårdsstrukturen i Stockholms läns landsting. Inriktningen är dock att expansionen framför allt ska ske i vården utanför akutsjukhusen och leda till öppna och flexibla vårdformer.

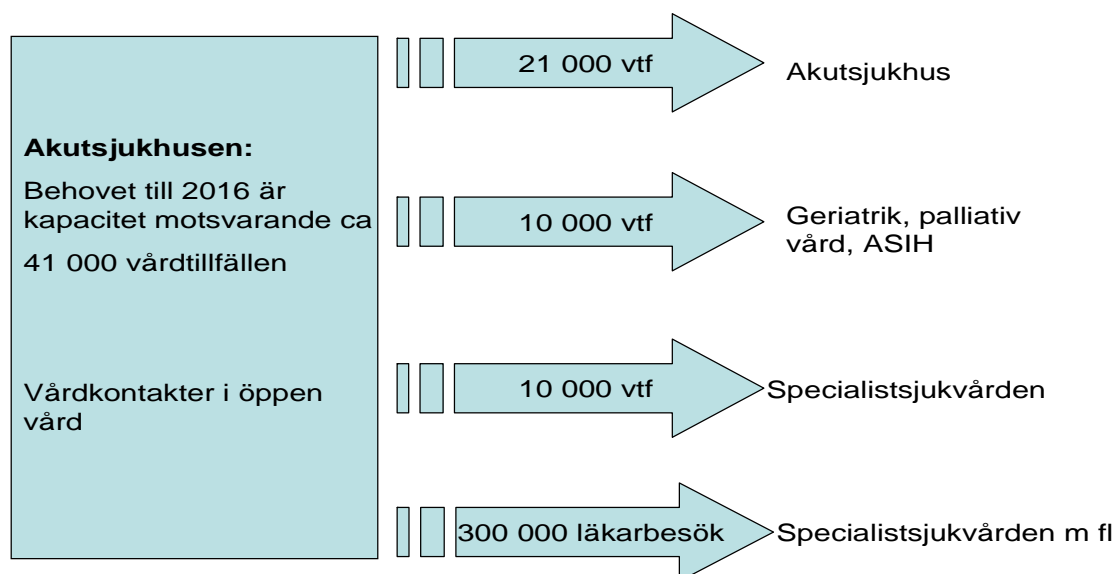
För slutenvården bedöms akutsjukhusen, med nödvändiga investeringar och andra åtgärder, kunna ta emot ytterligare drygt 21 000 slutenvårdstillfällen 2016. Vårdgivare utanför akutsjukhusen skulle på motsvarande sätt kunna öka sina volymer med ytterligare 20 000 slutenvårdstillfällen 2016. Av dessa cirka 20 000 slutenvårdstillfällen bedöms 10 000 slutenvårdstillfällen hanteras av specialistcentra och utgörs av olika medicinska och kirurgiska specialiteter, företrädesvis i form av elektiv vård. Ytterligare 10 000 vårdtillfällen bedöms kunna omhändertas genom insatser av till exempel geriatrik, ASiH och palliativ vård. Bedömningen är vidare att cirka 600 000 direkta läkarbesök av de 1,2

miljoner läkarbesöken som gjordes vid akutsjukhusen 2009 skulle kunna tas om hand utanför akutsjukhusen. Som ett första steg föreslås att 300 000 av dessa direkta läkarbesök utförs utanför akutsjukhusen 2016. Sammantaget kommer detta att innebära att akutsjukhusen får ta emot allt tyngre vård med längre vårdtider. Det kommer att ställa nya krav på akutsjukhusen på en rad områden, till exempel vad gäller kompetens, styrning och planering. Det bör också observeras att angivna siffror är nettosiffror och att den totala omflyttningen av vård mellan olika aktörer är större. Vidare utgår siffrorna från oförändrade vårdtider. Vårdtiderna vid akutsjukhusen har minskat under flera decennier men de senaste åren har vårdtiderna varit oförändrade. En viss ökning av vårdtiderna har också kunna observeras under de senaste två åren.

Akutsjukhusens verksamhet måste koncentreras till de åtgärder och fall som kräver deras kompetens och resurser. Många väletablerade metoder för att behandla de stora, breda folksjukdomarna behöver inte längre akutsjukhusens resurser. En förstärkning av öppen - och slutenvård utanför akutsjukhus underlättar möjligheterna att patienten får ett bättre omhändertagande på rätt vårdnivå och det motverkar en fördyrande trend mot subspecialisering inom dagens sjukvård.

Regeln om omhändertagande på lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON) bör tillämpas konsekvent. Vidare bör nytillskott i vårdproduktion, främst gällande öppenvård, i huvudsak ske utanför akutsjukhusen. Det finns ledig kapacitet bland privata vårdgivare redan på kort sikt och även beredskap på längre sikt att utöka produktionskapaciteten. Det är vitalt att i denna process se till att det finns adekvata kringresurser, exempelvis diagnostik och omvårdnadskompetens för att hantera komplikationer och akuta tillstånd. Nya sätt att organisera vården och samarbeta mellan olika vårdgivare och lärosäten kan i detta fall medverka till nya lösningar.

Figur 5. Inriktning förändring vårdgrenar till 2016 (netto förändringar).



3.2.6 Universitetssjukhuset ges särskilt uppdrag

Universitetssjukhuset är vid sidan av vårduppdraget en arena för klinisk forskning och utbildning. Denna tredelade uppgift för universitetssjukhuset genomförs i nära samarbete med Karolinska Institutet. Cirka 45 procent av Sveriges akademiska medicinska forskning utförs i Stockholmsregionen och Karolinska Institutet är landets största utbildningsenhet inom vård och hälsa. Karolinska Universitetssjukhuset är jämte Danderyds sjukhus och Södersjukhuset och delar av primärvården de viktigaste resurserna för den kliniska forskning och utbildning som bedrivs i regionen. De särskilda resurser i form av personal och infrastruktur som krävs för FoUU måste tillgodoses på Karolinska Universitetssjukhuset liksom på alla övriga enheter inom landstinget där utbildning och forskning ska bedrivas.

På universitetssjukhuset bedrivs den mest avancerade hälso- och sjukvården som kräver stora investeringar i infrastruktur och personal. Genom att koncentrera den typ av kostnadskrävande vård minskas kostnaden samtidigt som kvaliteten i vården ökar. Det är dock inte alltid givet att den högspecialiserade vården i alla delar behöver finnas på universitetssjukhuset.

Den kvalificerade, kunskapsintensiva och forskningsanknutna vården bedrivs i allt större utsträckning innan patienten kommit till det stadium där hon eller han behöver tillgång till slutenvård. Att denna vård kan bedrivas effektivt är en av de viktigaste byggstenarna i den vårdkedja som ska ge effektiv vård för svåra sjukdomar. Detta bör ske i ett tidigt stadium så att patienterna kan bibehålla och i bästa fall förbättra sin hälsa utan att behöva bli föremål för slutenvård. En konsekvens av denna strävan som är gemensam för all kvalificerad sjukvård, forskning och utveckling i världen, är att ökade krav ställs på diagnostik, behandling och logistik i den öppna vården. Att bedriva öppenvård av detta kunskapsintensiva slag är därmed en huvuduppgift för ett modernt högspecialiserat och forskningsintensivt universitetssjukhus.

Centrala delar av verksamheten i en högspecialiserad och forskningsintensiv öppen vård är:

- Diagnostik som utnyttjar den moderna biologins möjligheter att ställa diagnoser som relaterar till sjukdomsmekanismer, inte bara till kliniska symtom. För detta behövs tillgång till mycket kvalificerade laboratorier, utbildningsutrustningar och framför allt en mycket hög kompetens hos medarbetare som ska tolka data från dessa källor på nya sätt, där diagnosen direkt ska leda till nya typer av individualiserade behandlingar eller till kliniska prövningar.
- Behandlingar som blir alltmer skraddarsydda, det vill säga varje patients diagnos kartläggs på molekylärnivå vilken utgör grunden för val av individuell behandling. Att använda dessa nya individualiserade terapimetoder gör det möjligt att snabbt, säkert och kostnadseffektivt utnyttja de många nya och dyra läkemedel som kan förväntas komma att introduceras under de kommande åren.
- Att patienten ges möjlighet att ta del av de senaste kunskaperna inom diagnostik och behandling av sin egen sjukdom. Trenden är idag att patienten har mer kunskap om sin sjukdom och ställer högre krav än tidigare på insyn i, och inflytande över diagnostik och behandling, samt tillgång till spetskompetens.

Laboratorieverksamheten utgör här en nödvändig funktion i universitetssjukhuset såväl för vården som för forskning, utveckling och utbildning. Den akademiska integrationen inom laboratoriemedicin kommer att vara en garant för den högkvalitativa universitetssjukvården och möjliggöra laboratoriets och vårdens utveckling i ett kortsiktigt såväl som i ett långsiktigt perspektiv. Laboratoriemedicinen är en förutsättning

för att hälso- och sjukvården ska ha möjlighet att diagnostisera och följa upp olika sjukdomstillstånd samt ge underlag vid val av behandling.

Universitetssjukhuset kommer att vara beroende av ett fungerande informationssystem för optimalt patientomhändertagande, patientsäkerhet, processtyrning och FoU-verksamhet. Förstärkt IT-struktur, med tillskapande av bland annat gemensamma journaldatabaser, förbättrade möjligheter till bildöverföring samt telemedicinska konferensmöjligheter krävs. Möjligheten till integration av den medicinska informationen med kvalitetsregister skapar nya möjligheter att bedöma patientnyttan av vården.

3.2.7 Akut omhändertagande och patientstyrning

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer föreslå hur det akuta omhändertagandet ska ske i Stockholms läns landsting med utgångspunkt från nedanstående riktlinjer. Uppdraget genomförs till våren 2012.

Bättre patientstyrning och därmed en bättre fördelning av vårdens resurser som helhet ska eftersträvas. Den prehospitla verksamheten är viktig för att patienten ska få adekvat vård. Det är centralt att denna verksamhet även fortsättningsvis arbetar med att utveckla dirigerings-, det prehospitla omhändertagandet och samverkan med den övriga vården. Olika typer av kommunikationslösningar för att effektivisera samarbetet mellan olika vårdgivare ska utvecklas.

En särskild utmaning i detta sammanhang blir att styra om akuta patienter från nuvarande Karolinska Solna till andra vårdgivare än NKS när NKS är färdigställt. Detta är nödvändigt för att skapa ett förhållande där fler patienter ska få ett bättre akut omhändertagande utanför akutsjukhusen och för att vården vid NKS ska fungera på ett effektivt sätt.

Akutsjukhusen ska komplettera närakuterna när det gäller det akuta omhändertagandet. Närakuterna ska hantera fall i sin geografiska närhet. Närakuterna kan genom en nära samverkan med läkare i beredskap på jourtid, det vill säga kvällar och helger bistå med medicinsk bedömning och patientstyrning. Därutöver föreslås att en permanent organisation med mobila enheter skapas tillsammans med närakuterna. Särskilt prioriterade patientgrupper för denna verksamhet bör vara äldre multisviktande och barn.

3.2.8 Helhetsgrepp för barnsjukvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer ta ett helhetsgrepp om barnsjukvården och utveckla den i enlighet med nedanstående inriktning. Uppdraget genomförs till våren 2012.

Ett helhetsgrepp tas om sjukvården för barn med behov av vård över vårdgrenarnas gränser. Samverkansformer mellan den specialiserade vården och NKS utvecklas liksom samverkan mellan hälso- och sjukvården för barn och socialtjänst och skola. För att möta de ökande behoven av barnsjukvård behöver både högspecialiserad och specialiserad barnsjukvård byggas ut. Den högspecialiserade barnsjukvården ska utvecklas samordnat med övrig barnsjukvård i länet. Neonatalvården ska vara en integrerad del av barnsjukvården och finnas tillgänglig på länets samtliga förlossningskliner.

Idag finns barnsjukhus med akutmottagning, slutenvårdsplatser samt öppenvårdsmottagningar på Astrid Lindgrens barnsjukhus på Karolinska Solna, Karolinska Huddinge och Sachsska barnsjukhuset. Efter att NKS står klart är bedömningen att, förutom på NKS, Karolinska Huddinge och Sachsska barnsjukhuset, behövs barnsjukhus på ytterligare platser i länet. I detta sammanhang bör prövas om barnsjukvård bör finnas vid Danderyds sjukhus.

Nära en tredjedel, cirka 37 500, av läkarbesöken för barn på akutsjukhusen bedöms kunna utföras utanför akutsjukhusen. Som ett första steg föreslås att cirka hälften av dessa, det vill säga 10 000 akuta respektive 10 000 elektiva läkarbesök flyttas från akutsjukhusen.

Vårdguiden är en viktig vårdnivå och telefontjänster, med bland annat coachning och stöd, ska fortsätta att utvecklas. På motsvarande sätt som för vuxna bör specialistvården för barn förstärkas. Fördjupning och breddande av vårdutbudet vid barn- och ungdomsmedicinska mottagningarna (BUMM) behövs. Detta kan lämpligen ske genom att BUMM samlokaliseras med de specialistcentrum som föreslås för vuxna. Hit kan även specialistkompetens inom barnsjukvården knytas men också logopedier, psykologer och kuratorer. En ökad koordinering mellan BUMM och primärvårdens verksamheter bör därmed kunna uppnås. Husläkaruppdraget kring barn och ungdomar förtydligas och specialistsjukvårdens möjligheter till konsultationsinsatser förstärks.

Barnsjukvård i hemmet är ett utvecklingsområde. Strategi för att utveckla en bred hemsjukvård för barn tas fram eftersom hemsjukvården kan

fungera som komplement för akutsjukhusens avdelningar. Kravet på barnkompetens ska i sådana fall tillgodoses.

Nära samverkan behövs mellan barnsjukvård och barnpsykiatrisk vård, liksom mellan psykiatri och sjukgymnaster, arbetsterapeuter, logopedier med flera då den psykiska ohälsan ökar. Uppdrag och ansvar behöver klargöras. Kunskaper för att tidigt känna igen, vägleda och i vissa fall behandla psykisk ohälsa måste säkras. På samma sätt måste rutiner och metoder för att samordna insatser och skapa snabba och effektiva patientströmmar utvecklas. Detta kan bland annat ske med hjälp av Vårdguiden och e-hälsotjänster.

Vårdutbud och kapacitet inom neuropsykiatri måste säkerställas. Integration av neuropediatrik, habilitering och BUP i flera nivåer ska fortsätta. Evidensbaserad kunskap inom detta område måste implementeras i de reguljära verksamheterna.

3.2.9 Förslag på andra utvecklingsområden i hälso- och sjukvårdsstrukturen

Förbättrat omhändertagande nära patienten påverkar flödena till och från akutsjukhusen

Utökade uppdrag och vårdvolymerna föreslås för geriatrik, rehabilitering, ASiH och palliativ vård, se figur 5. Geriatriken måste ges ökade möjligheter att ta hand om betydligt fler patienter, inklusive äldre med akuta invärtesmedicinska åkommor. Vidare kan vårdplatser i anslutning till de geriatrika klinikerna skapas för äldre med stora och sammansatta vårdbehov för lättare vård, återhämtning och omvårdnad. Dessa vårdplatser kan tjäna som alternativ till en sjukhusvistelse men också användas före eller efter en sådan.

Åtgärder bör även vidtas för ett förbättrat omhändertagande av patienter med rehabiliteringsbehov. Ett alternativ är att ställa krav på ökat omhändertagande av akut rehabilitering efter sjukhusvistelse. Ett annat alternativ är att dessa patienter skrivs över till andra vårdformer där öppen- eller slutenvårdsrehabilitering bedrivs utifrån en samlad bedömning av patientens behov, exempelvis genom teamverksamhet. Efter en viss tid bör överföring ske till öppen primärvårdsrehabilitering.

Resursökningar kan även ske genom att nya platser inom ASiH och omvårdnadsavdelningar skapas för patienter som är färdigbehandlade

inom övrig akutsjukvård. Det finns goda skäl till att anta att hemsjukvården också går att både utveckla och utvidga. Utredning av det framtida ansvaret för densamma pågår. Specialiserad palliativ vård kan vidgas från dagens fokus på vård i livets slutskede till exempelvis mer understödjande cancervård.

Integrerat arbete med psykisk ohälsa

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer föreslå hur det integrerade arbetet med psykisk ohälsa ska ske i Stockholms läns landsting med utgångspunkt från nedanstående inriktning. Uppdraget genomförs till våren 2012.

En väl utbyggd bas i primärvård och inom den psykiatriska specialistvården ska säkra ett gott omhändertagande för patienter med psykisk ohälsa och psykisk sjukdom. Inom exempelvis primärvård, geriatrik och akutsomatiska verksamheter ska en utbyggnad av psykiatrisk konsultationsverksamhet göras. Nya behandlingsformer inom till exempel internetpsykiatri har visat sig vara en viktig komplettering till nuvarande vårdutbud.

Den övergripande inriktningen är att stödja omhändertagande av patienter i öppenvård. Förtydligande av uppdragen mellan olika vårdnivåer för såväl olika ålders- och behovsgrupper måste ske. Koncepten för stora patientgrupper förtydligas. Subspecialisering och gradvis ökad differentiering inom öppenvården är en naturlig utveckling. Oavsett detta är en synkronisering mellan allmänpsykiatrins öppenvård och den somatiska öppenvården nödvändig. Genom en satsning på psykiatrisk kompetens som integreras vid de specialistcentra som föreslås inom närsjukvården, sker en komplettering i vårdutbudet.

Patientnära forskning måste ges möjlighet att utvecklas. En strategisk satsning görs på "neurocentrum" med neurologi, neurokirurgi och psykiatrisk forskning inom ramen för NKS uppdrag.

För vissa patientgrupper inom specialistpsykiatri föreligger ett stort behov av kontaktytor med kommunerna, vilket motiverar ökad och fortgående samverkan mellan de två huvudmännen. Den fastställda policyn för beroendevården mellan kommuner och stadsdelar utvecklas med avseende på samverkan mellan psykiatri och beroendevård.

Hälsofrämjande och förebyggande vård prioriteras

Ökade satsningar på förebyggande vård och riktade insatser till grupper med stora behov eller sämre hälsa skapar ökade förutsättningar för en förbättrad hälsa och därmed en mer jämlik hälso- och sjukvård. Att långsiktigt arbeta med att förebygga ohälsa kan även leda till minskade kostnader för vården. Hälso- och sjukvårdsinsatser, bemötande samt kommunikation och information till medborgare och patienter anpassas efter olika målgruppers behov. Det är viktigt att fortsätta följa utvecklingen och framför allt kraftfullt implementera evidensbaserade åtgärder för att mer aktivt styra mot en förbättrad hälsa. Det är viktigt med ett brett och systematiskt angreppssätt, allt ifrån ekonomiska styrmedel, tydlig uppföljning och krav på olika åtgärder.

Utökade satsningar på hälsofrämjande och förebyggande insatser kan även minska inflödet av patienter till vården. Det hälsofrämjande arbetet ska genomsyra all verksamhet inom hälso- och sjukvården och det förebyggande arbetet bör beaktas i hela vårdkedjan. Hälsofrämjande insatser ska tydligt definieras i vårdavtal, vara evidensbaserade och följas upp.

Begreppsreform

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer göra begreppen som används för att beskriva hälso- och sjukvårdsstrukturen mer enhetliga och enkla att förstå. Många olika begrepp används för att beskriva det omfattande vårdutbudet i Stockholms läns landsting. Det gör det svårt för patienterna att i vissa fall förstå var man ska vända sig i hälso- och sjukvårdsstrukturen. Tydliga begrepp är en viktig förutsättning för att patienten ska söka sig till den vårdnivå som är rimlig utifrån patientens tillstånd.

Ny hälso- och sjukvårdsstruktur och vårdval

Den nya hälso- och sjukvårdsstrukturen måste utformas inom ramen för vårdvalssystemen vilket ställer ökade krav på styrning då vårdval bygger på fri etableringsrätt och patienters fria val, det vill säga fokus flyttas från avtalsstyrning till en styrning via patientmakt. Det innebär att den nuvarande styrmodellen måste utvecklas ytterligare.

De vårdval inom flera öppenvårdsspecialiteter som planeras utgör i detta sammanhang ett av styrinstrumenten i arbetet med att renodla akutsjukhusens verksamhet mot den vård som kräver akutsjukhusets resurser. Mot bakgrund av det föreslås som huvudprincip att akutsjukhusen inte tillåts att delta i vårdvalen. Istället ska akutsjukhusen inom ramen för

flerårsavtalen fortsätta att utföra sådan vård inom dessa specialiteter som är nödvändig för att bibehålla akutsjukhusets kompetens inom specialiteten samt hantera de tillstånd inom specialiteten som kräver akutsjukhusets resurser. Det innebär att akutsjukhusens volymer inom specialiteten begränsas vilket också måste tydliggöras i avtalen med akutsjukhusen. Vilka volymer som ska finnas på akutsjukhusen och utflyttningstakten regleras i avtal. Beträffande S:t Görans sjukhus behöver frågan om vårdval hanteras på ett delvis annorlunda sätt eftersom verksamheten från och med 2013 förmodligen kommer att vara upphandlad enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) och drivas i privat regi.

Kommunernas och landstingets ansvar

En avgränsning i Framtidsplan för hälso- och sjukvården har varit att inte hantera frågan om kommunernas respektive landstingets ansvar. Frågan är dock synnerligen viktig och måste hanteras i den fortsatta processen.

Tandvård

Det pågår en översyn av vilka medicinska tillstånd landstinget ska ansvara för inom tandvården. Det kommer sannolikt leda till att fler patientgrupper kommer att få tandvård inom ramen för landstingets tandvårdsstöd.

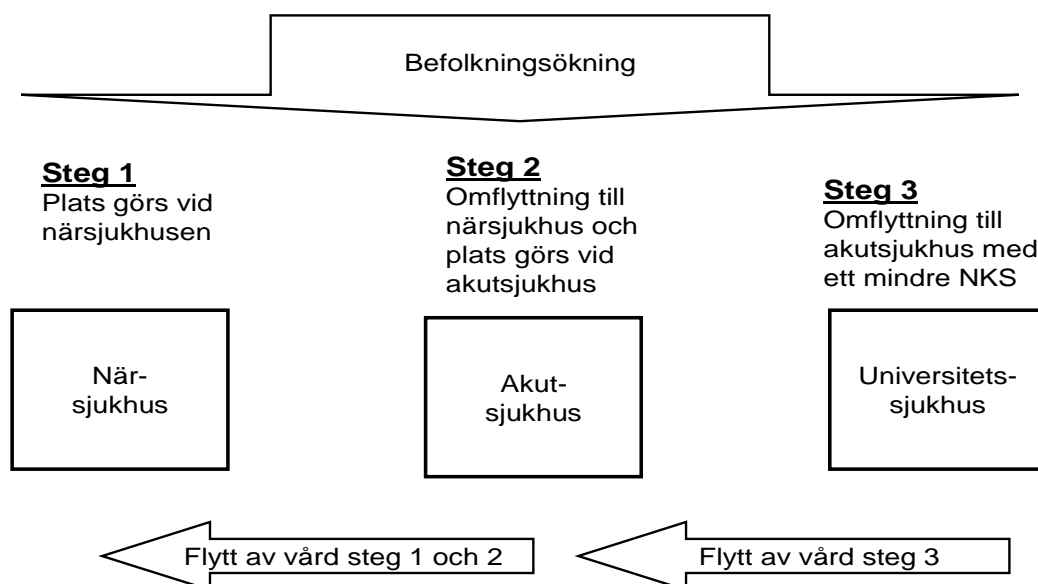
3.2.9 Sekvens för implementering av Framtidsplan för hälso- och sjukvården

Implementeringen av den föreslagna hälso- och sjukvårdsstrukturen måste ske i en viss ordning för att produktionen av hälso- och sjukvård i länet ska fungera även under omställningen. I ett första steg måste plats beredas på närsjukhusen med syfte att kunna ta emot vård från akutsjukhusen.

Därefter flyttas vård från akutsjukhusen till närsjukhusen och akutsjukhusen bereds möjlighet att ta emot ytterliggare vård som kräver akutsjukhusets resurser. Om utbyggnaden i ett första steg istället sker vid akutsjukhusen kommer akutsjukhusen att bli överbelastade. Akutsjukhusen tvingas i detta fall ta hand om den vård som kräver akutsjukhusets resurser samtidigt som de också ska hantera den vård som ska utföras vid närsjukhusen enligt förslaget om den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen.

I praktiken kommer utbyggnaden vid närsjukhusen och akutsjukhusen ske parallellt, men resonemanget visar vikten på att starta utbyggnaden av närsjukhusen tidigt i omställningsfasen.

Figur 6. Princip för omflyttning av vård



3.3 Stärkt styrning och uppföljning

Förslag:

Arbetet med att utveckla styrningen och uppföljningen av hälso- och sjukvården fortsätter inom ramen för en aktiv ägarstyrning och beställarstyrning. Ägarstyrningen fortsätter att utvecklas och förstärkas enligt beslut av landstingsfullmäktige.

Ägarstyrningen sker i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården och avtalen med beställaren.

Beställarstyrningen sker i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Landstingsstyrelsen får tillsammans med hälso- och sjukvårdsnämnden och berörda aktörer i uppdrag att utreda lämplig profil på akutsjukhusen under hösten 2011.

För att utveckla hälso- och sjukvården i landstinget i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården krävs en kraftfull och utvecklad

styrning och uppföljning. Styrningen och uppföljningen av vården stärks ytterligare inom ramen för en aktiv ägarstyrning och beställarstyrning.

Förbättrad styrning uppnås bland annat genom att avtal och ersättningssystem stödjer integrerade helhetslösningar som omfattar hela vårdkedjan, snarare än enskilda värdepisoder. Därigenom underlättas samordning mellan olika vårdgivare och systematiskt förbättringsarbete för smidigare vårdprocesser över vårdgivargränser. Ersättningssystemen måste styra mot att utveckla och effektivisera hälso- och sjukvården. För att ersättningssystemen ska fungera krävs väl utvecklade beskrivningssystem av hälso- och sjukvården vilka delvis saknas idag.

Olika typer av styrformer såsom till exempel målstyrning, budgetstyrning och kunskapsstyrning måste beaktas. Styrsystem, styrverktyg och styrmodeller behöver utvecklas. Ett ledarskap som stödjer ständigt förbättringsarbete bejakas. Särskild hänsyn måste tas till hur styrningen och hälso- och sjukvårdsstrukturen utvecklas inom ramen för ett system med vårdval. Vårdval innebär fri etablering och patientens fria val, vilket delvis står i motsatsförhållande till möjligheterna att centralt styra och utveckla en ny hälso- och sjukvårdsstruktur.

Genom uppföljning, revision och öppna jämförelser kan vårdens utfall systematiskt analyseras och presenteras utifrån olika perspektiv. Vårdens effekter och hälsans utveckling kan därmed beskrivas och bevakas för olika befolkningsgrupper och framför allt ge förutsättningar till ett förbättringsarbete. Mot bakgrund av den ekonomiska utmaningen är det också särskilt viktigt att kunna följa hälso- och sjukvårdens utveckling vad gäller effektivitet och produktivitet.

3.3.1 Förstärkt ägarstyrning

Landstinget ska i sin roll som ägare ta ansvar för att den egna producentorganisationen utvecklas mot den tänkta hälso- och sjukvårdsstrukturen i enlighet med intentionerna i Framtidsplan för hälso- och sjukvården och det som beskrivs genom avtalen med beställaren.

Ägaren har ett särskilt ansvar för att driva långsiktiga strategiska frågor såsom långsiktig kompetensförsörjning, investeringar, FoUU och innovationer. Genom en utvecklad och kraftfull ägarstyrning kan landstinget på ett systematiskt sätt använda den egna produktionen för att utveckla och pröva allt ifrån nya medicinska metoder till nya sätt att organisera vårdprocesser.

Det övergripande målet är att de bolag och förvaltningar som ingår i landstingets egen producentorganisation tillsammans och var och en ska generera så mycket högkvalitativa tjänster som möjligt baserat på bland annat avtalen med beställaren. Stockholms läns landstings egna verksamhet ska hålla en hög kvalitet och vara konkurrenskraftig regionalt och vissa fall också nationellt och internationellt. De frågor som lyfts i Framtidsplan för hälso- och sjukvården, såsom renodling av akutsjukhusens verksamhet visavi närsjukvård och specialistcentra, profilering mellan akutsjukhusen samt effektivisering blir centralt i ägarstyrningen under de kommande åren. Ägaren måste tydligt visa på vilken vård som ska respektive inte ska utföras hos de olika vårdgivarna. Hur detta ska göras måste bestämmas i en särskild process som ägaren ansvarar för.

Ägarstyrningen inom Stockholms läns landsting utövas främst genom följande:

- Generella och specifika ägardirektiv som fastställs i fullmäktige och på stämma
- Val av styrelseledamöter
- En kontinuerlig dialog mellan landstingsstyrelsens politiker som ägarrepresentanter, respektive verksamhetsstyrelser samt verksamhetsledning

Ägarstyrningen följs årligen upp av landstingsstyrelsen och ansvarigt utskott. Det arbete som pågår på Landstingsstyrelsens förvaltning med att se över ovan nämnda verktyg och processer för ägarstyrning fortsätter. I arbetet säkerställs att styrdokument, dialog och uppföljning stödjer inriktningen för Framtidsplan för hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting.

Akutsjukhusens uppdrag

Det kan finnas fördelar för ett så stort landsting som Stockholm att låta akutsjukhusen till viss del anta olika profiler så att patienter med likartade åkommor och sjukdomar behandlas på ett eller ett fåtal ställen. Det gäller i synnerhet mindre vanliga sjukdomar, men kan också vara aktuellt för något större sjukdomsgrupper där man låter ett eller flera akutsjukhus ta emot merparten av dessa patienter. Generellt gäller att med en allt mer specialiserad och subspecialiserad sjukvård så krävs betydande befolkningsunderlag för att upprätthålla kompetensen hos vårdgivarna. Mot bakgrund av detta får landstingsstyrelsen tillsammans med hälso- och

sjukvårdsnämnden och berörda aktörer i uppdrag att under hösten 2011 analysera och föreslå hur respektive akutsjukhus bör profileras.

3.3.2 Beställarstyrning

Landstinget ska i sin roll som beställare ta ansvar för att hälso- och sjukvården utvecklas mot den tänkta hälso- och sjukvårdsstrukturen i samverkan med ägarstyrningen och i enlighet med intentionerna i Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Avtalen med producenterna måste utformas så att de stödjer den föreslagna vårdstrukturen och garanterar den långsiktiga utvecklingen genom att skapa goda förutsättningar för klinisk forskning och utbildning. Det innebär att till exempel ersättningssystem måste ses över och att nya avtalsområden kan bli aktuella. Nya upphandlingar och vårdvalsområden kommer att bli aktuella och måste prövas mot intentionerna i Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Det innebär också att det inte är givet att de nuvarande avtalsområdena ska gälla utan varje upphandling eller nytt vårdvalsområde måste noga prövas och analyseras utifrån intentionerna i Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Nya verksamheter tillfördes beställaren den 1 januari 2011. Det gäller främst verksamheter som arbetat med olika former av så kallad kunskapsstyrning. I det fortsatta arbetet med att utveckla beställarstyrningen är det viktigt att dessa verksamheters kompetens och resurser utnyttjas för att uppfylla Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

3.4 Verksamhetsinnehållet vid NKS

Förslag:

Det totala antalet producerade vårdtillfällen vid NKS kommer att uppgå till cirka 43 000 per år inklusive förlossning. Akutmottagningen NKS planeras ta emot cirka 70 000 besök per år varav 20 000 antas vara barn. Antalet förlossningar vid NKS ska uppgå till cirka 3 000. Det innebär att ytterligare kliniker för förlossningar kan behöva öppnas i Stockholms läns landsting till 2015. Cirka 65 procent av nuvarande verksamhet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus planeras utföras vid NKS. Det innebär att cirka 3 000 till 4 000 vårdtillfällen måste flyttas från nuvarande Astrid Lindgrens barnsjukhus i Karolinska Solna till andra producenter, till exempel till Danderyds sjukhus och specialistcentra med inriktning mot barnsjukvård. NKS förväntas hantera 480 000 elektiva öppenvårdsbesök per år.

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att under hösten 2011 tillsammans med berörda aktörer utreda förutsättningen för ny förlossningsklinik vid till exempel S:t Görans sjukhus.

Organisationen av den högspecialiserade vården bedöms utifrån dess specifika förutsättningar inom varje specialitet. Detta förhållningssätt innebär inte med nödvändighet att den högspecialiserade vården alltid bäst utförs på NKS.

NKS ska utgöra en del av Karolinska Universitetssjukhuset. Implementeringen av NKS ska ske av styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att återkomma till landstingsfullmäktige med förslag till ändring av landstingsstyrelsens uppdrag avseende NKS samt förslag till ändring av ägardirektiv för Karolinska Universitetssjukhuset. Vilken vård som ska produceras av Karolinska Universitetssjukhuset vid färdigställandet av NKS sker i dialog mellan Karolinska Universitetssjukhuset ägaren och beställaren. Organisation och uppdrag för Karolinska Universitetssjukhuset planeras och samordnas med Karolinska Institutet i enlighet med det regionala ALF-avtalet. Uppdraget för Karolinska Universitetssjukhuset klargörs i avtal och i ägardirektiv. Avtalen och ägardirektiv utarbetas i en preliminär version till hösten 2012. Landstingsstyrelsen ansvarar för ägardirektivet och hälso- och sjukvårdsnämnden för avtalet. Ansvaret för byggnationen och till byggnationen kopplade upphandlingar, installationer med mera avseende IT-infrastruktur, medicinsk teknisk utrustning och övrig byggnadspåverkande utrustning, ansvarar landstingsstyrelsen för och ska

ske i enlighet med avtalet mellan Stockholms läns landsting och Swedish Hospital Partners AB.

Landstingsfullmäktige har i inriktningsbeslut angivit att NKS ska bli ett universitetssjukhus med ett sjukvårdsuppdrag som fokuserar på högspecialiserad och specialiserad sjukvård, sådan vård som är forskningsintensiv och investeringstung. NKS lokalisering invid Solnavägen valdes för att ytterligare utveckla samarbetet mellan universitetssjukhuset och Karolinska Institutet och det är uppdraget som ett högspecialiserat universitetssjukhus integrerat med forskning och utbildning som varit vägledande för sjukhusets utformning och design.

NKS är Stockholms läns landstings största satsning i hälso- och sjukvården på decennier. Satsningen kommer att få stor betydelse för regionen men även nationellt. Det är därför av yttersta vikt att denna satsning blir framgångsrik. NKS ska vara en del av Karolinska Universitetssjukhuset. Karolinska universitetssjukhuset ska till stor del ansvara för den högspecialiserade vården i länet.

Produktionskapaciteten vid NKS kommer att vara lägre än nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, bland annat minskar antalet vårdplatser från cirka 800 till cirka 600. Dessa siffror är dock inte jämförbara då de 600 vårdplatserna vid NKS även innehåller postoperation, intensivvård, med mera. En mer jämförbar siffra med nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset i Solna är att NKS kommer att ha cirka 500 vårdplatser. I NKS finns också ett patienthotell med 100 platser. Det ställer krav på den övriga hälso- och sjukvårdsstrukturen att kunna hantera den volym som inte rymms på NKS.

Planeringen av NKS är omfattande och berör alla delar av hälso- och sjukvården liksom Stockholms läns landstings samverkan med Karolinska Institutet. Det gäller till exempel patientstyrningen som måste vara i enlighet med verksamhetsinnehållet i NKS och behöver utvecklas samlat i landstinget. Vidare måste avtalet och styrmodellen med Karolinska universitetssjukhuset utvecklas i enlighet med NKS, vilket även gäller det finansiella flödet. En planering måste också inledas avseende omställningen av personal. Den nuvarande personalstyrkan vid Karolinska Solna kommer inte att rymmas vid NKS utan delar av personalen vid Karolinska Solna måste flytta till andra vårdgivare i Stockholms läns landsting. Detta är exempel på frågeställningar som visar på komplexiteten av implementeringen av NKS.

Planeringen av NKS är synnerligen viktig för en fungerande hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting. Denna planering kommer att ske med olika detaljeringsgrader vid olika tidpunkter under projektet. En första mer fördjupad rapport kring verksamhetsinnehållet har lämnats av NKS förvaltningen och kan utgöra grund för fortsatt planering. Det är inte idag möjligt eller önskvärt att fastslå alla delar i verksamhetsinnehållet eller hur NKS bäst organiseras. Inriktningen är dock fortsatt att en koncentration av den högspecialiserade vården ska ske vid NKS. Ett antal delar av verksamhetsinnehållet i NKS som är väsentliga för den övriga strukturen i hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting fastslås dock här. Detta är nödvändigt då Karolinska Solna i sin nuvarande form inte kan överföras till NKS.

- Det totala antalet producerade vårdtillfällen vid NKS kommer att uppgå till cirka 43 000 per år inklusive förlossning. Begränsning för att öka antalet vårdtillfällen ytterligare är antalet vårdplatser i NKS (se avsnitt 3.4.4). För att kunna producera dessa vårdtillfällen förutsätts en viss sänkning av medelvårdtiden vid NKS i förhållande till nuvarande medelvårdtid vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna.
- Akutmottagningen planeras ta emot cirka 70 000 besök per år varav cirka 20 000 antas vara barn. Det innebär att cirka 70 000 av de nuvarande besöken vi Karolinska Solna måste styras till andra vårdgivare. Besöken förutsätts kunna styras om till främst Danderyds sjukhus, S:t Görans sjukhus och specialistcentra. Hur detta i praktiken ska gå till får det vidare utredningsarbetet visa.
- Antalet förlossningar vid NKS ska uppgå till cirka 3 000. Det innebär att ytterligare kliniker för förlossningsverksamhet behöver öppnas i Stockholms läns landsting till 2015. Hälso- och sjukvårdsnämnden får tillsammans med berörda aktörer i uppdrag att utreda och föreslå var denna verksamhet ska finnas (en möjlighet är till exempel vid S:t Görans sjukhus).
- Cirka 65 procent av nuvarande verksamhet vid Astrid Lindgrens barnsjukhus planeras utföras vid NKS. Det innebär i detta fall att cirka 3 000 till 4 000 vårdtillfällen måste flyttas från nuvarande Karolinska Solna till andra producenter. Utöver dagens utbud bedöms denna kompetens behövas på ytterligare platser i länet. I detta sammanhang bör det prövas om till exempel Danderyds sjukhus skulle kunna ta ett större ansvar för barnsjukvården eller om ett särskilt specialistcentra med inriktning mot barnsjukvård ska finnas.
- Totalt beräknas NKS hantera 480 000 elektiva öppenvårdsbesök.

3.4.1 Högspecialiserad vård

Organisationen av den högspecialiserade vården måste bedömas utifrån dess specifika förutsättningar inom varje verksamhet. Det kan finnas fördelar med att samla den högspecialiserade vården i en eller några få produktionsenheter. Det kan exempelvis gälla verksamheter som har ett stort inslag av stora fasta kostnader eller gemensamma funktioner, såsom röntgen, laboratorieanalyser, operation och intensivvård. Andra högspecialiserade verksamheter kan bättre bedrivas i direkt anslutning till sådan vård där patienter av alla svårighetsgrader förekommer. Det är därför viktigt att ha ett förhållningssätt som tillåter flexibilitet både vid val av lösningar och vid etablering av den infrastruktur som fordras. Detta förhållningssätt innebär inte med nödvändighet att all högspecialiserad vård alltid bäst utförs på NKS.

Inom vissa specialiteter utgör det högspecialiserade uppdraget endast en mycket liten del av den totala vården inom specialiteten. Det är i detta fall ofta inte effektivt att bryta ut den högspecialiserade vården från övrig vård inom specialiteten och lägga den i en separat organisation. Orsaken är att patientunderlaget blir för litet i förhållande till den kompetens och de resurser som måste upprätthållas i verksamheten. Detta måste beaktas vid planeringen av den högspecialiserade vården.

Öppenvården på NKS kommer att utgöra en viktig del av den högspecialiserade vården och är en nödvändig komponent i den patientnära forskningen. Den utveckling som ses både internationellt och nationellt är att allt mer av den högspecialiserade vården och den kliniska forskningen sker i öppna vårdformer.

3.4.2 NKS och Karolinska Institutet

Ett av skälen till att NKS byggs intill Karolinska Institutets campus i Solna är att underlätta samverkan mellan forskning, utveckling, utbildning och sjukvård. NKS och Karolinska Institutet kommer att bli motorerna i utvecklingen av hela life science-satsningen i Hagastaden.

Ett väl utvecklat samarbete mellan NKS och Karolinska Institutet är därför centralt vid utformningen av NKS verksamhetsinnehåll. NKS uppdrag ska, om möjligt, ta hänsyn till Karolinska Institutets uppdrag att bedriva forskning och undervisning. Det innebär bland annat att arbetsformer måste utvecklas som gör det möjligt för Karolinska Institutet att få tillgång till patienter på såväl NKS som andra enheter för undervisnings- och forskningsändamål. Både flödet av kvalificerade akutfall och akutflöde av

oselekterade patienter är av avgörande vikt för undervisningen. Vid utarbetandet av NKS verksamhetsinnehåll är det därför viktigt att ta hänsyn till samarbetet med Karolinska Institutet.

3.4.3 Delade vårdtillfällen

NKS-konceptet bygger på ambitionen om delade vårdtillfällen, med delade vårdtillfällen avses att NKS utför en del av en vårdkedja, när övriga akutsjukhus ansvarar för andra delar av vårdkedjan. Det skulle, om det genomförs, få stor effekt för den övriga hälso- och sjukvården. Flera remissinstanser till framtidens hälso- och sjukvård anger också en oro för vad delade vårdtillfällen kommer att innebära för hälso- och sjukvården i länet.

Potential för fortsatt arbete med processutveckling finns inom alla delar av hälso- och sjukvården. Men huruvida ett införande av delade vårdtillfällen utgör en nödvändig katalysator för ett sådant förändringsarbete framstår som tveksamt. Delade vårdtillfällen utöver dagens omfattning ska inte ses som en planeringsförutsättning för NKS utan som en bland andra möjliga verksamhetsutvecklingsfrågor inom akutsjukvården.

3.4.4 Simulering av NKS verksamhetsinnehåll

Verksamhetsinnehållet i NKS kan analyseras utifrån en rad olika perspektiv. Perspektivet som hittills främst har varit utgångspunkten i resonemang om verksamhetsinnehållet i NKS är att den högspecialiserade vården ska samlas vid NKS. Det är dock inte givet att verksamhetsinnehållet vid NKS *endast* ska bestämmas utifrån detta perspektiv. Övervägande måste till exempel göras av vilket verksamhetsinnehåll som är mest lämpligt i den byggnad som nu faktiskt planeras och byggs. Detta underlättas förmodligen av att byggnaden innehåller en stor flexibilitet. Med denna bakgrund har en simulering gjorts av den möjliga produktionskapaciteten vid NKS. Utifrån byggnadens förutsättningar har olika typer av vårdinnehåll prövats i simuleringsmodellen för att bedöma vad det får för effekter i produktionen vid NKS.

Slutsatsen från simuleringen är att antalet vårdplatser är begränsat i förhållande till övriga delar av NKS. Det innebär att antalet vårdplatser inskränker den totala produktionen vid NKS och enligt simuleringsmodellen finns ett tak för produktionen vid NKS som motsvarar cirka 43 000 vårdtillfällen. För att påverka detta beräknade tak för

produktionen måste antalet vårdplatser utökas eller alternativt att medelvårdtiden minskar eller att en ökad satsning görs på dagkirurgi eller annan dagvård. Begränsningen i antalet vårdplatser innebär att det kommer att vara svårt att utnyttja kapaciteten i övrigt i byggnaden på ett effektivt sätt, till exempel vad avser ett effektivt utnyttjande av operationssalarna om inte en ökad satsning görs på dagkirurgi.

Simuleringen har inte tagit hänsyn till att personalbemanningen är en begränsad resurs utan simuleringen har hittills endast utgått från byggnadens förutsättningar. Den produktion som NKS ska göra förutsätter dock i vissa delar en utökad schemaläggning av personalen. Det innebär till exempel att personalen på NKS kommer att utföra mycket av de elektiva öppenvårdsbesöken och operationerna utanför normal arbetstid. Detta har i andra sammanhang lyfts som ett problem då det har varit svårt att rekrytera och schemalägga personalen på det sätt som föreslås för NKS.

Värt att notera är att planeringen av investeringarna avseende placeringar av operationssalar vid NKS och övriga akutsjukhus skiljer sig mycket åt. I NKS sprids operationssalarna ut i byggnaden medan investeringarna i operationssalar i övriga akutsjukhus utgår från att det samlas på en plats i byggnaderna. En viss sammankoppling av operationssalarna finns dock i NKS. När operationssalarna fysiskt läggs nära specialiteterna, som i NKS, är inriktningen främst att detta ska gynna utvecklingen av specialiteten och därmed patienten. En samlad operationskapacitet i byggnaden gör det dock lättare att utnyttja den totala operationskapaciteten på ett bättre sätt och därmed höja effektiviteten i operationsverksamheten. Den hittills gjorda simuleringen av NKS har varit på en övergripande nivå och det har inte varit möjligt att analysera vad de mer utspridda operationssalarna i NKS får för effekt på effektiviteten i byggnaden.

3.4.5 NKS flexibilitet

NKS har planerats och byggts för att kunna hantera olika typer av avancerad vård. Det innebär att lokalerna i NKS kan göras om och anpassas till olika typer av vårdverksamhet. Det är till exempel fullt möjligt att göra om lokaler från operationssalar till lokaler för vårdplatser. I praktiken skulle detta innebära att operationssalen byggs men att den används för ett annat ändamål, vilket är relativt enkelt med den flexibilitet som finns i byggnaden. Samtidigt finns vissa grundläggande strukturer i byggnaden som inte är möjliga att ändra utan stora kostnader. Det skulle till exempel vara mycket kostsamt att utöka antalet operationssalar till fler än vad som nu planeras. Exemplet visar att byggnaden visserligen innehåller en

flexibilitet men samtidigt att det finns en inre struktur i byggnaden som är mycket kostsam att ändra.

Simuleringen som genomförts föranleder en fortsatt analys av möjligheten att utveckla flexibiliteten vid NKS. Det är till exempel möjligt att inom ramen för NKS lokaler delvis utöka antalet vårdplatser. I det fortsatta arbetet bör det också övervägas huruvida det är möjligt att utöka antalet vårdplatser som NKS förfogar över. Fler vårdplatser skulle göra det möjligt att öka produktionen vid NKS. En utökad produktion vid NKS skulle dock innebära att det högspecialiserade uppdraget för NKS tonades ner. Ur ett landstingsperspektiv bör infrastrukturen vid NKS användas på ett så effektivt sätt som möjligt. Det innebär till exempel att de operationssalar som byggs på NKS i så stor omfattning som möjligt ska användas för det ändamål de har planerats för, bland annat för att minska kostnaderna för investeringarna i operationssalar i övriga sjukhus.

3.4.6 Kostnader för NKS

Bedömningen är att NKS kommer att öka landstingets kostnader med drygt en miljard 2016 och därefter långsiktigt drygt två miljarder per år. Beroende på omställningskostnader för NKS beräknas dock kostnaderna för 2017 och 2018 till cirka tre miljarder kronor per år. Detta är en grov uppskattning och en närmare analys måste göras av omställningskostnaderna, se avsnitt 3.9.

Ur ett produktionsperspektiv kommer åren 2016 till 2018 vara särskilt problematiska då NKS startar sin verksamhet med förmodade initiala produktionsbortfall som måste hanteras i andra delar av hälso- och sjukvårdsstrukturen.

Anskaffningen av utrustning och inventarier får stor betydelse för kostnaderna för NKS. Det är viktigt att anskaffningen av inventarier och utrustning samordnas med den utrustning som finns vid nuvarande Karolinska i Solna. Vidare måste anskaffningen av inventarier och utrustning ta hänsyn till flytten av verksamheten till NKS. Detta för att utrustningen ska finnas på rätt plats i rätt tid så att vårdproduktionen kan upprätthållas. NKS-förvaltningen har också framhållit behovet av investeringar i information och kommunikations teknologi (IKT) inom ramen för NKS-projektet. Denna fråga måste hanteras gemensamt i landstinget så att alla IT-systemen, även på NKS, blir en naturlig del av den totala infrastrukturen i landstinget på kort och lång sikt.

3.4.7 Organisation för den fortsatta planeringen av NKS

Ett omfattande arbete har gjorts för att föra ihop länets två universitetssjukhus, Karolinska och Huddinge, till ett universitetssjukhus under namnet Karolinska Universitetssjukhuset. Detta arbete har också inneburit förbättrade förutsättningar för ett rationellt användande av resurserna i landstinget. Ett omfattande arbete pågår också för att effektivisera det nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset under förutsättning av två produktionsenheter. NKS förändrar inte dessa förutsättningar utan Karolinska Universitetssjukhuset ska fortsatt vara ett universitetssjukhus med två produktionsenheter som är lokaliserade i Solna respektive Huddinge. Arbetet med att ytterligare renodla verksamheten mot den högspecialiserade vården måste fortgå. Det blir viktigt bland annat mot bakgrund av att NKS innebär en lägre produktionskapacitet än nuvarande Karolinska Solna.

För att uppnå de höga ambitioner som gäller för NKS krävs en kraftfull och ändamålsenlig styrning. Det framstår som naturligt att nyttja det förändringsarbete som pågår på Karolinska Universitetssjukhuset. Ansvaret för vården vid produktionsenheterna NKS, Karolinska Solna och Karolinska Huddinge ska åvila styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset. Målsättningen ska vara att på lämpligaste sätt och så snart som möjligt fasa ut verksamheten vid dagens Karolinska Solna. Det åligger också styrelsen för Karolinska Universitetssjukhuset att utveckla en lämplig organisation för det nya sjukhuset i nära samverkan med Karolinska Institutet i enlighet med det regionala ALF-avtalet. Vilken vård som ska produceras av Karolinska Universitetssjukhuset bestäms i dialog mellan Karolinska Universitetssjukhuset ägaren och beställaren. Uppdraget för Karolinska Universitetssjukhuset klargörs i avtal med beställaren och i ägardirektiv. För att ge Karolinska Universitetssjukhuset rimliga planeringsförutsättningar ska preliminära avtal och ägardirektiv för Karolinska Universitetssjukhuset tas fram senast hösten 2012. De preliminära avtalen och ägardirektiven redovisas av landstingsstyrelsen respektive hälso- och sjukvårdsnämnden.

Ansvaret för byggnationen och till byggnationen kopplade upphandlingar, installationer med mera avseende IT-infrastruktur, medicinsk teknisk utrustning och övrig byggnadspåverkande utrustning, ansvarar Landstingsstyrelsen för och ska ske i enlighet med avtalet mellan Stockholms läns landsting och Swedish Hospital Partners AB.

3.5 Förslag till inriktning för en tioårig investeringsplan

Förslag:

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att ta fram en tioårig detaljerad investeringsplan utifrån föreslagna inriktning för investeringarna. I investeringsplanen kommer bland annat kostnader och tidsplaner för investeringsprojekten att preciseras. Även underhållskostnader av befintliga fastigheter redovisas i investeringsplanen. Investeringsplanen samordnas med budgetprocessen för budget 2013. Ett första förslag till investeringsplan tas fram under hösten 2011.

Den föreslagna inriktningen för investeringarna innebär att nuvarande framtagna programarbeten kommer att omarbetas i enlighet med detta ärende. Investeringar föreslås enligt inriktningen prioriteras i följande ordning:

- Närsjukhusen Löwenströmska sjukhuset, Jakobsbergs sjukhus, Sollentuna sjukhus, Bromma sjukhus och Sabbatsbergs sjukhus
- Danderyds sjukhus
- S:t Görans sjukhusområde
- Närsjukhusen Dalens sjukhus, Nacka sjukhus och Handens sjukhus
- Södersjukhuset
- Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge
- Södertälje sjukhus
- Norrtälje sjukhus
- S:t Eriks sjukhus

Hälso- och sjukvårdsnämnden får tillsammans med berörda aktörer i uppdrag att flytta den del av psykiatri och geriatriken, som inte behöver befinna sig på akutsjukhuset, från Danderyds sjukhus och S:t Görans sjukhus med början 2012. Vidare ska på samma sätt prövas om psykiatri kan flyttas från Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer genomföra en samlad planering för genomförande av byggnationer.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer genomföra en samlad planering av inköp av utrustning och inventarier. Det gäller även inköp av utrustning och inventarier för NKS.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer utarbeta enhetliga riktlinjer och principer för uthyrning av vårdlokaler.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer tydliggöra definitionen av fastighetsunderhåll.

Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer tydliggöra riktlinjer för ombyggnation till enkelrum.

I det fortsatta arbetet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården ska det kontinuerligt prövas om det finns möjlighet för privata aktörer att investera i och ansvara för hälso- och sjukvårdsstrukturen.

De investeringar som diskuteras här är framför allt investeringar i byggnader. Dessa investeringar beräknas schablonmässigt leda till kostnader i inventarier och utrustning som uppgår till 30 procent av investeringskostnaderna i byggnaderna.

Investeringsplanen för landstinget redovisas normalt i budgeten och har ett femårigt tidsperspektiv. Ett femårigt perspektiv är dock inte tillräckligt för planeringen av investeringar som har konsekvenser för såväl hälso- och sjukvårdsstrukturen som de finansiella förutsättningarna under en lång tid framöver. Bedömningen är därför att landstinget bör ha en samlad investeringsplan som sträcker sig över minst tio år. Denna investeringsplan bör normalt uppdateras i samband med budget och innehålla investeringar i landstingets samtliga verksamheter.

Den nuvarande investeringsplaneringen med beslut i särskild ordning som redovisas i budget 2011 bedöms inte vara genomförbar mot bakgrund av följande:

- Investeringarna tar inte hänsyn till de samlade behoven av hälso- och sjukvård i landstinget
- Investeringarna är inte finansierade inom nuvarande budget i landstinget
- Investeringarna ligger samlade i tiden vilket leder till minskad flexibilitet i beslutsfattandet då framtida förändringar i omvärlden kräver ett kontinuerligt omprövande och justering av besluten för att minimera riskerna, vilket inte kommer att kunna ske om samtliga investeringar genomförs samlat
- De förslagna investeringarna har inte alltid utvärderats mot kravet om ökad effektivitet
- Ingen hänsyn tas till att investeringarna i vissa fall görs i byggnader med begränsad livslängd

Ett nytt samlat förslag om investeringarna måste därför tas fram och här föreslås en ny inriktning för arbetet med investeringarna. Givet ett beslut om denna inriktning kan en tioårig investeringsplan föreslås med ett

detaljerat underlag om varje investering. Landstingsstyrelsen får ett uppdrag om att ta fram en tioårig investeringsplan enligt denna inriktning under hösten 2011. Den tioåriga investeringsplanen ska sedan årligen beslutas av landstingsfullmäktige i samband med budgeten.

3.5.1 Investeringarnas anpassning till hälso- och sjukvårdsstrukturen

Den framtida hälso- och sjukvårdstrukturen ska kunna möta befolkningens behov av hälso- och sjukvård i olika delar av länet. Utgångspunkten för inriktningen för investeringarna är att hitta en så kostnadseffektiv lösning som möjligt. För en långsiktig ekonomi i balans i landstinget krävs också att investeringarna leder till en ökad effektivitet och kan trygga den långsiktiga utvecklingen av hälso- och sjukvården. Även krav på investeringar till följd av den slitna infrastrukturen och byggnadernas förväntade livslängd vägs in i förslaget. Investeringarna måste också vara i linje med den framtida föreslagna hälso- och sjukvårdsstrukturen i länet, behovet av forskning och utbildning och vårdgivarnas uppdrag. Med hälso- och sjukvårdstrukturen avses här:

- Indelning och utveckling av olika nivåer av hälso- och sjukvården i enlighet med avsnitt 3.2
- Indelning och utveckling av vårdgrenar som till exempel barnsjukvård, geriatrik och psykiatri (se avsnitt 3.2)
- Indelning i geografi

För att bättre kunna analysera den totala produktionskapaciteten i länet vid akutsjukhusen pågår nu en omfattande analys där verksamheterna simuleras. På detta sätt kommer en ökad förståelse skapas för den totala produktionskapaciteten i Stockholms läns landsting.

3.5.2 Investeringarnas tidshorisont

Förslaget om utveckling av infrastrukturen kan delas upp i två faser. Den första fasen avser perioden fram till 2018 när NKS ska vara i full drift. I denna fas måste främst befolkningsökningen och konsekvenserna av NKS hanteras. Den andra fasen avser perioden efter 2018. Denna fas ligger längre bort och beskrivs här endast i grova drag.

De investeringar som nu föreslås i programarbetena av akutsjukhusen har en genomförandetid på mellan fem och sex år. Det innebär att om ett beslut fattas om en investering i ett akutsjukhus, i enlighet med de nu genomförda

programarbetena, under 2011 kan denna byggnad tidigast tas i drift under 2016. Mot bakgrund av att NKS kommer att börja ta emot patienter under 2016 innebär det att besluten brådskar om investeringar i akutsjukhusen för att hantera de volymerna som inte ryms på NKS. Detta visar också på behovet av att frigöra lokaler vid akutsjukhusen på andra sätt än bara genom investeringar i nya byggnader i anslutning till akutsjukhusen, till exempel genom att flytta verksamhet som inte behöver akutsjukhusets resurser. Tiden för att genomföra investeringarna i närsjukhusen är betydligt kortare.

3.5.3 Hantering av hyreskontrakt i närsjukhusen

Det finns idag en rad olika hyresgäster i närsjukhusen. Hyreskontrakten är olika långa och inte alltid synkroniserade med de vårdavtal som hyresvärden eventuellt har. Det innebär att det idag är svårt att säga exakt i vilken utsträckning landstinget faktiskt kan disponera lokalerna i närsjukhusen för att till exempel utveckla specialistcentra. När närsjukhusen utvecklas måste också hänsyn tas till hur de befintliga hyreskontrakten ser ut .

Det saknas en enhetlig tillämpning för upplåtandet av landstingets lokaler och en strategi måste tas fram på detta område. Viktigt i detta sammanhang är att beakta konkurrensneutraliteten mellan olika vårdgivare.

3.5.4 Investeringarnas prioriteringar

Landstinget befinner sig i en fas med ett stort behov av investeringar i sjukvårdsbyggnader. Det är inte möjligt att genomföra samtliga investeringar enligt nuvarande investeringsplan i budget 2011 utan investeringarna måste prioriteras.

Även för de investeringar som prioriteras föreslås en översyn göras av planerade byggnationer. Syftet är att begränsa produktionskostnader och prioritera lokaler för sjukvårdsproduktion med effektivt lokalutnyttjande. En samlad planering för genomförande av byggnationer föreslås. Även för inköp av utrustning och inventarier anses en samlad planering vara absolut nödvändig. Det gäller även inköp av utrustning och inventarier i NKS i enlighet med uppdraget i ärendet LS 0804-0430 om att samordna inköp av utrustning och inventarier i NKS.

En inventering av närsjukhusen har visat att en mer resurseffektiv användning av dessa lokaler kan begränsa landstingets totala

investeringskostnader. Ett flertal närsjukhus med ledig kapacitet och lämplig infrastruktur finns med möjlighet till ökad vårdproduktion. Fördelen är också att närsjukhus, i förhållande till akutsjukhusen, är relativt små vilket gör det enklare att i framtiden göra justeringar i denna infrastruktur. Närsjukhusens uppbyggnad ger också större möjligheter till ökad flexibilitet vad gäller till exempel vårdinnehållet i byggnaden i framtiden.

De nuvarande akutsjukhusens lokaler kan effektiviseras och renodlas för den verksamhet som ska bedrivas vid akutsjukhusen. Det innebär att den psykiatri och geriatrik som befinner sig vid akutsjukhusen, men som inte behöver akutsjukhusen resurser, flyttas till närsjukhusen.

Vid prioriteringen av investeringarna tas också hänsyn till storleken på investeringsutgifterna i olika delar av infrastrukturen, se tabellen nedan. Investeringskostnaderna i akutsjukhusen är betydligt mer komplexa och kostsamma än investeringarna i närsjukhusen. Den ändamålsenliga livslängden för investeringar bedöms vara minst 20 år i närsjukhusen och minst 30 år i akutsjukhusen. Även detta visar på vikten av att renodla de olika delarna i hälso- och sjukvårdsstrukturen.

Tabell 3. Bedömd utgift vid investering i nya vårdplatser.

Vårdnivå	Investering	Förutsättning
Universitetssjukhus	ca 30 mkr/vpl	Investering i nytt NKS
Akutsjukhus	ca 15 mkr/vpl	Investering i befintliga akutsjukhus
Specialistcentrum	ca 3 mkr/vpl	Investering i befintliga närsjukhus

3.5.5 Investeringar i byggnader vid närsjukhusen

För att renodla akutsjukhusens verksamhet måste delar av den vård som idag utförs vid akutsjukhusen flyttas till närsjukhusen. Investeringar i närsjukhus påbörjas parallellt med investeringar i delar av akutsjukhusen. Tiden för att genomföra investeringarna i närsjukhusen kommer dock att vara kortare vilket innebär att närsjukhusen kommer att kunna avlasta akutsjukhusen delvis under pågående ombyggnad av akutsjukhusen. Vårdinnehållet i närsjukhusen definieras i samband med den fortsatta utveckling av för närsjukhusen och specialistcentra. Det fortsatta arbetet kan också innebära att omflyttningar av verksamheter vid närsjukhusen kan komma att krävas inom och mellan närsjukhusen.

Den inventering som gjorts av befintliga närsjukhus i länet visar att det finns stor ledig kapacitet i dessa byggnader både i norra och södra delen av länet. Inventeringen visar dock att byggnaderna varierar i skick. Det krävs investeringar för att skapa vårdplatser. Utöver detta behövs investeringar för att höja närsjukhusens attraktivitet och tillgänglighet för invånarna i länet, investeringar i närsjukhusens kommunikationsstrukturer, samt anpassningar av lokaler till mottagnings-, diagnos- och behandlingsverksamhet enligt koncept för specialistcentra .

I tabellerna nedan redovisas möjligheten att utveckla närsjukhusen till 2015. Observera att ingen hänsyn här tas till ökade driftskostnader till följd av den utökade verksamheten vid närsjukhusen, vilka bedöms vara avsevärda. Totalt beräknas kostnaden för investeringen i närsjukhusen i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården till 1 800 miljoner kronor. Det skulle innebära drygt 700 nya vårdplatser i en till två patientrum vid närsjukhusen.

Tabell 4. Bedömd möjligt antal utökade vårdplatser i olika närsjukhus fram till 2015 samt kostnaden för dessa exklusive pågående och planerade investeringar i teknisk upprustning. Bedömd kostnad för investeringar i kommunikationsstrukturer samt anpassningar av lokaler för specialistcentra utöver investeringar i nya vårdplatser och pågående teknisk upprustning.

	Nya vårdplatser	Investeringar (mkr)
Fram till 2015	700	1 200
Uppdatering av närsjukhus		600
Totalt	700	1 800

På Rosenlunds sjukhus finns idag verksamhet som ur ett landstingsperspektiv inte är lämplig att flytta. Den kapacitet som ges av beskrivna investeringar i andra närsjukhus bedöms som tillräcklig. Med nuvarande förutsättningar föreslås därför inga investeringar på Rosenlunds sjukhus.

Det finns ett antal övriga byggnader som inte berörs i detta sammanhang, till exempel Grimmorna, Norrtull och Serafen. Dessa byggnader antas inte påverka den totala strukturen och är idag inte föremål för några nya investeringar.

3.5.6 Investeringar i byggnader vid akutsjukhusen

Inriktningen för investeringarna i byggnaderna vid respektive akutsjukhus föreslås utifrån förväntade vårdbehov, byggnaders fysiska kapacitet, objektens totalkostnad, byggnadernas skick samt förväntad produktivitet. I bedömningen har hänsyn tagits till respektive akutsjukhus uppdrag. Den fortsatta planeringen ska göras i nära samarbete med landstingsstyrelsen. Ytterligare information om programarbete vid Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, se bilaga 4.

Danderyds sjukhus

Investeringarna i Danderyds sjukhus prioriteras mot bakgrund av befolkningstillväxten i norra delen av länet och läget relativt nära Solna gör att Danderyds sjukhus måste ges förutsättningar att hantera ökade patientströmmar till följd av NKS.

Utifrån målsättningen att utveckla specialistvård utanför akutsjukhusen för patienter som inte behöver akutsjukhusens resurser föreslås att hela eller delar av geriatrik och psykiatri lämnar Danderyds sjukhus. Dessa verksamheter lokaliseras till lämpliga närsjukhus. Genom att flytta dessa verksamheter frigörs lokaler för annan vård vid Danderyds sjukhus.

Ett förslag om ny akutvårdsbyggnad har tagits fram av Danderyds sjukhus för att förnya operationssalarna och möjliggöra ett större uppdrag. Utformningen av den nu föreslagna akutvårdsbyggnaden ses över inom ramen för den fortsatta planeringen. Målsättningen för översynen är att begränsa framtida kostnadsökningar och öka effektiviteten i akutsjukhuset ytterligare. Vidare ska kostnaden för den nya akutvårdsbyggnaden och renoveringen av de befintliga lokalerna ses över så att de står i överensstämmelse med de finansiella förutsättningarna. Det kan till exempel innebära att antalet operationssalar och utformningen av operationslokalerna kan komma att förändras.

Investeringen i Danderyds sjukhus ska kompensera för delar av befolkningsökningen i länet och bortfallet av vård som uppstår när NKS implementeras. I detta sammanhang bör också prövas om den del av Astrid Lindgrens barnsjukhus som inte ryms på NKS kan placeras vid Danderyds sjukhusområde.

S:t Görans sjukhus

För närvarande pågår ett arbete med om- och tillbyggnad för akuten och patologin vid S:t Görans sjukhus, vilket ger möjlighet till större produktions

volymer i sjukhuset. S:t Görans sjukhus bedöms ha goda förutsättningar att på sikt ytterligare kunna byggas ut.

Delar av psykiatrin på S:t Göran som inte behöver akutsjukhusets resurser lokaliseras vid lämpligt närsjukhus. På detta sätt frigörs lokaler för vård som i större utsträckning behöver akutsjukhusets resurser. Möjligheten att förlägga en ny förlossningsklinik vid S:t Görans sjukhus utreds.

Mot bakgrund av befolkningstillväxten i den norra delen av länet och konsekvenserna av NKS bör även S:t Görans sjukhus utvecklas och få ett större uppdrag.

Södersjukhuset

De framtida behoven av hälso- och sjukvård förväntas främst öka i norra delen av länet. Södersjukhuset bedöms inte vara det akutsjukhus som kommer att hantera den största ökningen av patienter.

Ett förslag om ny akutvårdsbyggnad har tagits fram av Södersjukhuset för att förnya operationssalarna och möjliggöra ett större uppdrag. Begränsningar i akutsjukhusets befintliga huskroppar och tomtens utformning kan dock utgöra ett hinder för utveckling och fortsatt effektivisering av vården på Södersjukhuset. Detta bör tas med i det fortsatta arbetet och en bedömning bör göras av huruvida det är möjligt att lösa Södersjukhusets behov inom delvis befintlig struktur med en annorlunda utformad tillbyggnad än vad som nu planeras. I enlighet med tidigare utredningar bedöms dock en total renovering av befintliga operationssalar inte vara möjlig att genomföra.

Målsättningen med översynen är att öka effektiviteten och kapaciteten i Södersjukhuset ytterligare. Vidare ska kostnaden för investeringen ses över så att den står i överensstämmelse med de finansiella förutsättningarna i landstinget. I detta sammanhang ska också prövas om vissa delar av verksamheten vid Södersjukhuset kan flyttas till lämpliga närsjukhus och på det sättet avlasta Södersjukhuset.

Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge

Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge är landstingets största vårdproducent i södra delen av länet. De framtida behoven av hälso- och sjukvård kommer dock att öka mest i norra delen av länet och Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge förväntas därför inte i likhet med Södersjukhuset behöva hantera det största tillflödet av patienter. Samtidigt

är belastningen vid Karolinska Huddinge redan idag stor och den nuvarande situationen måste hanteras.

Inom Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge pågår flera projekt med syfte att utveckla sjukhuset ytterligare. Det finns dock ett antal faktorer som bör övervägas ytterligare.

Samverkansformer mellan Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och NKS måste tydliggöras innan de föreslagna investeringarna i Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge genomförs. Det gäller såväl investeringarna i laboratorieverksamheten som i den så kallade Innovationsplatsen. Vid Karolinska Huddinge bedrivs högspecialiserad vård och FoUU med betydelse för länet. Investeringar i NKS och investeringen i Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge bör därför planeras gemensamt så att resurserna samlat utnyttjas på bästa sätt.

Sammantaget innebär detta att investeringarna i Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge ska fokuseras på investeringar i operationssalar och att övriga delar av investeringarna avvaktas. I detta sammanhang föreslås också den del av psykiatri som inte behöver akutsjukhusets resurser flyttas från Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge till lämpligt närsjukhus. Vidare bör det undersökas hur operationskapaciteten vid NKS och Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge tillsammans kan utnyttjas på ett så optimalt sätt som möjligt. Simuleringen av NKS visar till exempel att det finns en potential att öka kapaciteten i de operationssalar som byggs vid NKS givet fler vårdplatser. Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge bör också tillsammans med Södertälje sjukhus och hälso- och sjukvårdsnämnden se över sin verksamhet med utgångspunkt från att viss vård eventuellt skulle kunna flyttas till Södertälje sjukhus.

Det finns för närvarande problem med överbeläggningar på Karolinska Huddinge och för att öka produktionen och renodla verksamheten vid akutsjukhuset krävs ett nära samarbete med övriga akutsjukhus och närsjukhus.

Det pågår även en successiv renovering av vårdavdelningarna på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge, totalt renoveras två vårdavdelningar per år. Vid renoveringen av dessa vårdavdelningar görs också en ombyggnation från dubbelrum till enkelrum. Det innebär att antalet vårdplatser successivt minskar till följd av pågående renovering.

Det bör vara lämpligt att göra en större investering i Karolinska Huddinge efter att NKS har implementerats, det vill säga i fas två enligt resonemangen i avsnitt 3.5.2. Det skulle innebära att främst Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge blir det akutsjukhus i länet som får hantera förändringarna i behoven och hälso- och sjukvårdsstrukturen efter 2018.

S:t Eriks ögonsjukhus

Styrelsen för S:t Eriks ögonsjukhus menar att den nuvarande byggnaden inte är lämplig för framtida ögonsjukvård och sjukhus arbetar därför med ett förslag på ett nytt ögonsjukhus.

Byggnaden där S:t Eriks ögonsjukhus är lokaliserad bedöms vara fortsatt lämplig för vårdverksamhet men fastigheten skulle också kunna användas för andra ändamål och en försäljning är därför möjlig. Alternativ till ny etablering för S:t Eriks ögonsjukhus kan vara att flytta verksamheten till Sabbatsberg där möjlighet att tillskapa nya ändamålsenliga lokaler är goda.

Beslutet om den framtida lokaliseringen av S:t Erik ögonsjukhus bedöms kunna ske efter att den slutgiltiga utformningen av NKS är känd och effekterna av framtida vårdval inom området ögon går att överblicka.

Södertälje sjukhus

Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och ledningen för Södertälje sjukhus anser att den nuvarande storleken på Södertälje sjukhus inte är optimal. Sjukhuset är för litet för att få en effektiv produktion samtidigt som kvaliteten i verksamheten i vissa avseenden är svår att upprätthålla.

Södertälje sjukhus föreslås utvecklas inom befintlig geografisk placering. Konceptet för Södertälje sjukhus ska utvecklas i nära samarbete med hälso- och sjukvårdsnämnden och Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. En utgångspunkt för arbetet är att Södertälje sjukhus ska avlasta Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge och få en rimlig produktionsvolym i sin verksamhet. Sjukhuset kommer också framgent att vara en viktig del av akutsjukvårdens infrastruktur. På sikt kan Södertälje sjukhus ingå i en verksamhet som utvecklar nya tjänster och erbjuder länsöverskridande kapacitet.

Norrtälje sjukhus

TioHundra AB har lämnat förslag på en ny öppenvårdsbyggnad för öppenvård i anslutning till Norrtälje sjukhus. Mot bakgrund av pågående utvärdering av TioHundra-projektet, den behovsbild som redovisas samt

mot bakgrund av övriga investeringar och den finansiella situation som redovisats föreslås denna byggnad för närvarande inte ha den högsta prioriteringen. En ny bedömning kan komma att göras under planperioden. Sjukhuset kommer också fortsättningsvis vara en viktig del av hälso- och sjukvårdsstrukturen.

Karolinska Universitetssjukhuset i Solna

Nuvarande byggnader för Karolinska Universitetssjukhuset i Solna ska enligt beslut av landstingsfullmäktige utvecklas till att inrymma bostäder och lokaler för kommersiella ändamål. Utvecklingen av tomten kommer att ske successivt under en period om cirka tio till femton år. Det är mot bakgrund av detta möjligt att använda delar av lokalerna vid nuvarande Karolinska Universitetssjukhuset Solna under en övergångsperiod när den nya hälso- och sjukvårdsstrukturen utvecklas och anpassas. En möjlighet som bör prövas i det fortsatta arbetet är också att avlasta operationsproduktionen vid övriga akutsjukhus genom att utnyttja lokalerna vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. På detta sätt skulle det eventuellt vara möjligt att skapa förutsättningar för att renovera vissa befintliga operationslokaler i akutsjukhusen utan att behöva bygga nya byggnader.

De totala kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar ju längre tid landstingets verksamhet blir kvar i lokalerna på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna. Kostnaderna för detta får dock ställa i relation till kostnaderna för att bedriva denna vård i andra lokaler. Utgångspunkten är att lokalerna vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna bör utvecklas i enlighet med de utvecklingsplaner som gäller för tomten vid Karolinska Solna.

3.5.7 Sammanfattande analys av investeringarna

Investeringarna på respektive sjukhusområde kan rangordnas efter hur väl investeringen motsvarar kraven som ställs på investeringarna vad gäller vårdbehov och den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen. I sammanhanget vägs också in infrastrukturens möjlighet att utvecklas inom respektive sjukhusområde. För samtliga investeringar är det nödvändigt med en kostnadseffektiv lösning för ökad effektivitet av vårdproduktionen.

Tabell 5. Sammanfattning och rangordning av investeringar.

Rangordning - effekt av investering (bäst effekt överst)		Rekommendation för investeringar fram till 2018
Närsjukhus	Akutsjukhus	
1. - Jakobsbergs sjh - Bromma sjh - Löwenströmska sjh - Sabbatsbergs sjh - Sollentuna sjh (inbördes rangordning bedöms senare efter vidare utredning)		Inleds. Kapacitetsbehov utreds och inriktning prövas.
	2.Danderyds sjukhus	Inleds. Kapacitetsbehov utreds och översyn av inriktning prövas.
	3. Sankt Görans sjukhusområde	Inleds. Kapacitetsbehov utreds och översyn av inriktning prövas.
4. - Dalens sjukhus - Nacka sjukhus - Handens sjukhus		Inleds. Kapacitetsbehov utreds och inriktning prövas. Handens sjukhus utreds vidare.
	5.Södersjukhuset	Utreds vidare. Kapacitetsbehov utreds och koncept för inriktning prövas.

		Konsekvenser för befintlig infrastruktur och mindre tillbyggnad prövas.
	6. Karolinska i Huddinge	Utreds vidare. Kapacitetsbehov utreds och översyn av inriktning prövas. Planering sker samlat med NKS.
	7.Södertälje sjukhus	Utreds vidare. Inriktningen är renovering av befintliga lokaler.
	8.Norrtälje sjukhus	Avvaktas
	9.S:t Eriks sjukhus	Avvaktas

Alternativa scenarier

Förslag till inriktning för investeringarna i hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting bygger på en rad olika överväganden. Genom att förändra dessa överväganden där så är möjligt kan ett resonemang föras om alternativa scenarion.

Utgångspunkten för förslaget är bland annat en koncentration av den högspecialiserade vården vid NKS och en begränsad akutmottagning vid NKS som kan ta emot cirka 70 000 besök per år. I ett alternativt scenario där NKS mer får rollen som ett mer ordinärt akutsjukhus med öppen akutmottagning kommer NKS att kunna hantera en stor del av det akuta flödet av patienter i norra delen av länet. På detta sätt minskar också behoven av investeringar i akutsjukhusen i norra delen av länet och större fokus skulle kunna läggas på investeringar i Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge. Behovet av investeringar i Danderyds sjukhus och Södersjukhuset kommer dock inte att försvinna då främst operationssalarna i dessa akutsjukhus är i behov av omfattande renoveringar. Mot bakgrund av hur operationssalarna är konstruerade kommer renoveringen av operationssalarna i stor utsträckning kräva nybyggnationer.

3.5.8 Underhåll av fastigheter i linje med investeringarna

Det sker ett kontinuerligt arbete med att underhålla landstingets befintliga fastigheter. Det mer omfattande underhållet av fastigheterna måste ligga i linje med den långsiktiga utvecklingen av fastigheterna.

Idag beslutar landstingsfullmäktige om enskilda investeringar i underhåll i fastigheterna som uppgår till mer än 20 miljoner kronor. Utifrån underlaget i budgeten är det dock svårt att göra ändamålsenliga prioriteringar av underhållet i fastigheterna. Det nuvarande underlaget bör kompletteras med en beskrivning av nuvarande och kommande underhåll också med hänsyn tagen till de långsiktiga investeringarna i fastigheterna i landstinget. En total ram för underhållskostnaderna i fastigheterna behöver fastslås i den tioåriga investeringsplanen och fördelas mellan åren. I detta sammanhang får landstingsstyrelsen i uppdrag att tydliggöra definitionen av fastighetsunderhåll.

3.5.9 Investeringar i enkelrum

Vid ombyggnad av befintliga byggnader har en uttalad ambition under de senaste åren varit att främst utifrån smittskyddsaspekter bygga om slutenvårdsrum till enkelrum. Bakgrunden är att enkelrum bedöms vara bättre ur hygien- och smittskyddssynpunkt då eget hygienutrymme kan minska riskerna för smittspridning. Något slutligt ställningstagande i denna fråga finns inte, dock har akutsjukhusen påbörjat planeringen för en ökad andel enkelrum.

Akutsjukhusen har därvid olika förutsättningar beroende på hur sjukhusens huskroppar och korridorsystem är utformade. Investeringar i enkelrum får olika stora konsekvenser på olika akutsjukhus. Gemensamt är att en ombyggnation till enkelrum leder till en minskad kapacitet samtidigt som kostnaderna ökar. Mot bakgrund av detta föreslås att ombyggnation till enkelrum med hygienutrymmen endast ska ske där så är nödvändigt. Hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att utreda och föreslå riktlinjer för ombyggnation till enkelrum.

3.5.10 Privata vårdgivare i privatägda lokaler

Det finns ett stort intresse från privata vårdgivare att producera vård i Stockholms läns landsting. Många av dessa vårdgivare är också villiga att investera i nödvändiga lokaler och utrustning givet långsiktiga och stabila förutsättningar. Inom ramen för arbetet med Framtidsplan för hälso- och

sjukvården ska därför kontinuerligt prövas om det är möjligt att låta olika privata aktörer även ta ansvar för investeringar i den kommande infrastrukturen. När infrastrukturen varierat ägs av landstinget samt av privata aktörer blir konkurrensneutraliteten särskilt viktig. Tilldelningen av lokalerna måste vara transparent och ske på lika villkor samtidigt som priset för lokalerna måste sättas marknadsmässigt.

Det finns dock delar av infrastrukturen som är av sådan strategisk betydelse att den bör ägas av landstinget. Denna strategiska infrastruktur är av avgörande betydelse för att landstinget ska fullgöra sina uppgifter samtidigt som lokalförsörjning via den externa hyresmarknaden i detta fall inte är en effektiv lösning. Med strategiska lokaler avses här framför allt universitetssjukhus, akutsjukhus och närsjukhus.

3.6 Investeringar i informations- och kommunikationsteknologi (IKT)

Förslag:

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer ta fram en strategi för arbetet med IT-frågor i landstinget enligt den handlingsplan för eHälsa som tagits fram under våren 2011, samt att klargöra behovet av investeringar i branschgemensam IT-infrastruktur, system och tjänster för eHälsa. Strategin och investeringsbehoven ska tas fram under hösten 2011.

NKS investeringar i IKT och i IT-stödsystem för vårdadministration samordnas med övergripande strategier och övriga IT-investeringar i landstinget. Ett sammanhållet IKT-system är en förutsättning för att regionen ska ha en ledande ställning i hälso- och sjukvårdsutvecklingen.

Investeringar i IT-stödsystem och infrastruktur samt eHälsa ska följa den ordinarie investeringsprocessen i landstinget. Det innebär att sådana investeringar ska prövas mot andra föreslagna investeringar i landstinget.

Det är viktigt att i det fortsatta arbetet med att utveckla eHälsa realisera de potentiella vinsterna för medborgarna och verksamheterna av eHälsa. Kostnaderna för projekt som görs inom ramen för eHälsa ska prövas mot de finansiella ramarna och andra projekt för att utveckla verksamheterna.

Strategi för eHälsa

En patientfokuserad vård kräver att eHälsostödet blir en naturlig och integrerad del av vårdprocessen där invånare och patienter ges stora

möjligheter att interagera med vården i vårdkedjan på ett annat sätt än vad som idag är möjligt. IT-stöden måste samtidigt följa och stödja verksamheternas och forskningens behov idag och i morgon. Stockholms läns landsting behöver en samlad strategi för eHälsa där elektronisk information och kommunikation stöder individens hälsoprocess, vårdens processer samt forskningens behov av strukturerad information. Strategin ersätter dagens strategier.

Handlingsplan för framtidens eHälsa

Ett förslag till handlingsplan för arbete med eHälsa i Stockholms läns landsting har tagits fram under våren 2011. Förslaget ger övergripande riktlinjer för arbetet med eHälsa och identifierar ett antal steg och aktiviteter, däribland verksamhetsanalyser, tekniska, ekonomiska och juridiska analyser, som Stockholms läns landsting bör fokusera på under återstoden av 2011. I planen föreslås att ett strategiskt eHälsoarbete bedrivs som ett program inom ramen för fortsatt arbete med Framtidsplan för hälso- och sjukvården, med följande tre programområden:

- Branschinfrastruktur för eHälsa
- Verksamhets- och forskningsstöd
- eHälsotjänster

Det är viktigt att arbetet med framtidens eHälsostöd bedrivs koordinerat med andra strategiska insatser för vårdens långsiktiga utveckling för att åstadkomma mesta möjliga nytta i landstingets fortsatta eHälsosatsningar.

Planen redovisar som första steg att en gemensam målsättning för framtidens eHälsostöd formas och att ett samarbetskontrakt mellan vårdens intressenter tas fram. Därefter upprättas ett program för det fortsatta arbetet där både invånar- och vårdperspektivet bör vara starkt representerat i hela den fortsatta processen. Handlingsplanen vidareutvecklas efter beslut om gemensam strategi för eHälsa i landstinget.

Inriktning på fortsatt arbete

Centralt för de närmsta årens arbete med eHälsa kommer att vara att landstinget uppmuntrar fortsatt lokal verksamhetsutveckling, processutveckling och utveckling av strukturerat värddata. Stockholms läns landsting behöver fortsatt nyttiggöra vinster med en sammanhållen journalföring inom den landstingsägda vården. Generellt bör landstinget eftersträva stegvis införande av ändamålsenliga stöd för eHälsa.

Som ett led i att omdefiniera landstingets styrmodell för IT separeras styrning och finansiering av den branschgemensamma infrastrukturen och IT-tjänster för vården som ägs av Stockholms läns landsting. Aktörers krav på infrastrukturen identifieras och en ändamålsenlig och konkurrensneutral branschinfrastruktur säkras. Parallellt med detta fortsätter landstinget pågående konsolidering av IT-system. Nationella initiativ prioriteras samtidigt som landstinget behöver prioritera bland regionala projekt.

3.7 Personalförsörjning

Förslag:

Arbetet med personalförsörjningen i Stockholms läns landsting sker i enlighet med den av produktionsutskottet beslutade kompetensförsörjningsplanen för framtidens hälso- och sjukvård. Uppdraget ska vara klart under våren 2012.

Den viktigaste faktorn för att landstinget ska klara sitt uppdrag är att det finns tillräckligt med kompetens och att den utvecklas i takt med verksamhetens behov. Personalförsörjningen i Stockholms läns landsting ska ta sin utgångspunkt i både den privata och offentliga produktionen. Totalt inom hälso- och sjukvården i länet arbetar cirka 55 000 personer. Stockholms läns landsting är en av landets största arbetsgivare med cirka 43 000 medarbetare inom förvaltningar och bolag. I remissvaren på Framtidens hälso- och sjukvård lyfts särskilt frågan om personalförsörjningen. Flera remissinstanser ser stora problem med att hitta personal i framtiden och att det finns en risk att kompetens försvinner när den nya vårdstrukturen i Framtidsplan för hälso- och sjukvården implementeras. Detta visar att personalförsörjningen en kritisk faktor för att genomföra Framtidsplan för hälso- och sjukvården och säkra en god hälso- och sjukvård för medborgarna i länet.

Det finns redan idag exempel på många bristområden inom hälso- och sjukvården och frågan om personalförsörjningen är redan aktuell inom många delar av landstinget. Medarbetare med rätt kompetens och i rätt antal är avgörande för att landstinget ska klara sitt uppdrag. Behovet av och inriktningen på kompetens utvecklas och förändras hela tiden. Det som var spetskompetens igår kan vara bassjukvård imorgon. Stora pensionsavgångar kräver framförhållning när det gäller kompetensplanering. Medelåldern i landstinget är drygt 45 år och drygt 12 procent är 60 år eller äldre. Organisation är kunskapsintensiv och runt 70

procent har yrken som kräver högskoleutbildning och har lång utbildningstid. Det innebär att möjligheten att påverka tillflödet av personal från det ordinarie utbildningssystemet på kort sikt är begränsad.

I landstingets huvudmannansvar ingår att säkerställa rätt dimensionering och kompetens av hälso- och sjukvårdspersonal i länet. För att landstinget ska kunna tillgodose den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturens behov av ändamålsenligt välutbildad arbetskraft behövs ett aktivt arbete med utbildningsfrågor. Insatser i Framtidsplan för hälso- och sjukvården inkluderar att utbildningars inriktning och dimensionering planeras med regionens lärosäten och vårdens aktörer. Detta ställer krav på nära och kontinuerlig samverkan både med utbildningsanordnare och med vårdens aktörer vad gäller innehåll och kvalitet i utbildningar samt på dimensionering av utbildningsplatser. I uppdraget ingår att:

- Utifrån identifierade kompetensbehov inom framtidens hälso- och sjukvård föreslå åtgärder och investeringar för att överbrygga eventuella kompetensgap
- Tillgodose utbildningarnas behov av lärare och lokaler
- Föreslå aktiviteter och åtgärder för att behålla, ta tillvara och utveckla kompetenta medarbetare
- Fortsatt arbeta för att attrahera och rekrytera medarbetare till hälso- och sjukvården
- Verka för att kompetensen hos alla yrkesgrupper tas tillvara och att yrkesroller och samspel mellan olika yrkeskategorier utvecklas
- Möjliggöra ett kvalitetssäkrat och effektivt e-lärande i syfte att göra kompetensutveckling tillgängligt för stora grupper på ett kostnads- och tidseffektivt sätt och för en ökad patientsäkerhet
- Breddinföra landstingets kompetensplaneringsmodell KOLL med ett IT-stöd i landstingets verksamheter. Föreslå vilka verksamheter och flöden som är kritiska ur ett strategiskt perspektiv och som bör prioriteras vid införandet
- Utarbeta en modell för verksamhetsförlagd utbildning inom somatisk specialistvård som möjliggör att vårdgivare utanför sjukhusen ges ett större ansvar
- Belysa bristyrkesområden och förslå åtgärder
- Fortsatt arbeta för att ta tillvara kompetensen hos personer med utländsk vårdutbildning. Det gäller både svenskar som läser utomlands som ska ges möjlighet att få praktik och personer med utländsk vårdutbildning utanför EU/EES som ska ges möjlighet till auskultationer/praktikplats

- I samverkan med olika aktörer som till exempel Sveriges Kommuner och Landsting, länsstyrelsen, kommuner, arbetsförmedling och privata vårdgivare ta fram regionala behovsanalyser av personalförsörjningen för att säkerställa hög trovärdighet och acceptans av alla aktörer inom vård och omsorg

I enlighet med tidigare beslut av produktionsutskottet (LS1103-0356) pågår ett arbete med att kartlägga, analysera samt föreslå åtgärder för att säkra den framtida personalförsörjningen där landstingets kompetens och resurser tas tillvara. Uppdraget ska vara klart till våren 2012.

3.8 Forskning, utveckling och utbildning (FoUU)

Förslag:

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer tillse att förändringar i hälso- och sjukvården möjliggör ändamålsenlig utveckling av landstingets forsknings, utvecklings- och utbildningsarbete.

Stockholms läns landsting gör betydande insatser för forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Forskning och utbildning är viktigt för hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling, patienternas förtroende och den regionala utvecklingen. Forskning och utbildning bidrar också till att vården blir mer kostnadseffektiv. Forskning, utveckling och utbildning i Stockholms läns landsting ska ta sin utgångspunkt i både den privata och offentliga produktionen. I remissvaren på framtidens hälso- och sjukvård lyfter många remissinstanser frågan kring FoUU. Många menar att FoUU måste tydliggöras i den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen. Det är därför särskilt viktigt att de förändringar som föreslås i Framtidsplan för hälso- och sjukvården ska ske samordnat med landstingets nyligen antagna FoUU-strategi.

Enligt FoUU-strategin ska landstingets medverkan i FoUU särskilt omfatta områden som är viktiga ur ett medborgar- och patientperspektiv. Forskning och utveckling bör i första hand fokusera på de stora folksjukdomarna eller omfatta områden där stora behov finns att förbättra hälso- och sjukvården. Det innebär att framtidens hälso- och sjukvård bör bygga på den kunskap som genereras genom högkvalitativ forskning och utveckling. Större krav ska även ställas på möjligheterna att utvärdera och följa upp resultat och effekt av FoUU.

Den kliniska forskningen i landstinget ska förstärkas så att den kan bedrivas där patienterna befinner sig inom hela den landstingsfinansierade

vården, oavsett driftsform. Landstinget ska även arbeta för en övergripande FoUU-stödande infrastruktur med värnande av patienters integritet och möjlighet för patienter att enkelt ta del av alla egna data. Landstinget ska upprätthålla en effektiv överföring av forskningsresultat till hälso- och sjukvården och arbeta för att ytterligare integrera forskning och utbildning i hälso- och sjukvården. Särskild uppmärksamhet ska fästas på hur ersättningssystemens utformning kan påverka implementeringen av forskningens resultat.

Universitetssjukhuset har ett särskilt ansvar för att utveckla den högspecialiserade vården med målsättningen att vara en nationellt ledande producent av högspecialiserad vård. Universitetssjukhuset har även en samordnande roll för landstingets kliniska forskning och ansvarar för att FoU utförs med hög relevans för framtidens vård. Universitetssjukhuset ska tillse att kliniska FoUU-insatser görs i hela landstinget på det mest effektiva sättet i enlighet med landstingets beslut rörande etableringen av Stockholms akademiska sjukvårdssystem (SASS). Det betyder att FoUU inom landstinget måste ha en flexibilitet i sin organisation och inte hindra sjukvårdens strukturomvandling. Samtidigt kommer FoUU-processen vara en viktig leverantör av styrinformation för den nu planerade strukturomvandlingen. Detta kan bara ske om FoUU-ledningen har ett landstingsövergripande perspektiv, långsiktighet och ekonomisk uthållighet. Skyldigheten för olika sjukvårdsaktörer att bidra till FoUU och utbildning behöver tydliggöras. FoUU-processens tillämpning måste samordnas med ägardirektiv och upphandling

Landstingets FoUU-insatser ska bidra till att utveckla och stärka kompetenser i den landstingsfinansierade verksamheten. Landstinget ska verka för mer ändamålsenliga vårdutbildningar så att landstingets behov av välutbildad arbetskraft kan tillgodoses, se även avsnitt 3.7. I detta avseende utgör Karolinska Institutet en särskilt viktig samarbetspart, men även regionens övriga universitet och högskolor är viktiga. Verksamhetsförlagd utbildning är viktig och landstinget ska säkra adekvat verksamhetsförlagd utbildning av vårdpersonal. Landstinget och Karolinska Institutet ska ta ett gemensamt ansvar för utbildningen för att stärka kompetensutveckling i hälso- och sjukvården i enlighet med det regionala ALF-avtalet.

För att främja klinisk forskning och regional utveckling ska landstinget medverka till förbättrade förutsättningar för samverkan mellan hälso- och sjukvård, akademi, näringsliv och kommuner. Forskningen och utvecklingen inom hälso- och sjukvården är en viktig motor i den regionala ekonomiska utvecklingen i landstinget.

Life Science-inriktad verksamhet i Mälardalen bedrivs idag i cirka 540 bolag som har en sammanlagd årlig export på cirka 125 miljarder kronor. Stockholmsregionen är en självklar motor inom detta område, men samverkan mellan hälso- och sjukvården, medicinsk forskning och industrin är förhållandevis svag och har inte alls samma fasta struktur som den tekniska forskningen. Det är en angelägen uppgift för landstinget att utveckla samarbetet med dessa delar av näringslivet och utnyttja den stora möjlighet som finns.

3.9 Finansiella förutsättningar

Förslag:

De tilldelade medlen i budgeten ska stå i överensstämmelse med den långsiktigt hållbara ekonomiska utvecklingen i Stockholms läns landsting inklusive kommande planerade investeringar.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att under våren 2012 redovisa en total kostnadskalkyl för Framtidsplan för hälso- och sjukvården. Kalkylen ska också innehålla kommande omställningskostnader för Framtidsplan för hälso- och sjukvården samt förslag på hur dessa bör budgeteras.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att under våren 2012 tillsammans med berörda aktörer ta fram en modell för hur riskerna vid investeringarna ska fördela sig mellan olika aktörer i landstinget.

Den ekonomiska analysen visar att en minskad kostnadsökningstakt krävs om cirka ytterligare en procent per år i hälso- och sjukvården för en ekonomi i balans. Analysen visar också att denna effektivisering måste inledas omedelbart föra att inte stora obalanser mellan intäkter och kostnader ska uppstå under åren då NKS och övriga investeringar implementeras i verksamheten. Detta är en stor utmaning.

I detta sammanhang bör också den långsiktiga planeringen utvecklas så att intäkterna till hälso- och sjukvården blir mer jämt fördelade över tid. Den nuvarande budgeten där de tillförda medlen varierar mycket mellan åren gör hälso- och sjukvården mer svårstyrd och leder till ineffektivitet. De tillförda medlen måste stå i överensstämmelse med en långsiktigt hållbar kostnadsutveckling i Stockholms läns landsting oavsett hur intäkterna varierar mellan åren.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att under våren 2012 i samband med budget för 2013 beräkna de totala kostnaderna för Framtidsplan för hälso-

och sjukvården inklusive omställningskostnader. Det råder också oklarheter om hur driftsättningen av NKS kommer att påverka den finansiella situationen under de åren som NKS implementeras. Det gäller såväl investeringar i inventarier, IT, omställningskostnader, flyttkostnader, med mera.

Kalkylerna för NKS och Framtidsplan för hälso- och sjukvården kommer att påvisa kommande omställningskostnader för en rad aktörer i landstinget. Omställningskostnaderna måste tydligt budgeteras och medel måste särskilt avsättas för detta ändamål. Även vårdavtal och ägardirektiv måste anpassas och ta hänsyn till den kommande omställningsperioden.

3.9.1 Ansvar för finansiering av investeringar

De samlade investeringskostnaderna i landstinget uppgår till avsevärda belopp vilket kommer att påverka det totala kostnadsläget i Stockholms läns landsting. Det är idag oklart hur dessa kostnader och risker ska fördelas sig mellan de olika aktörerna inom Stockholms läns landsting.

Den grundläggande styrmodellen med att producenterna endast erhåller medel via beställarna och vårdavtalen ska fortsatt gälla i Stockholms läns landsting. De stora investeringarna som nu görs kommer dock att innebära stora finansiella påfrestningar och det måste vara tydligt hur och av vem investeringarna ska finansieras. Producenterna måste ta ett ansvar för investeringskostnaderna och effektivisera sina verksamheter ytterligare som en del av finansieringen. En viss del av investeringarna kommer också att behöva finansieras som ökade kostnader för den köpta vården. Adekvata resurser för detta måste tillföras och beställaren måste i detta sammanhang också se över fördelningen och omfattningen av beställningarna från olika aktörer. Viktigt är att konkurrensneutraliteten bibehålls.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att ta fram en modell för hur kostnaderna och riskerna för investeringarna ska fördelas mellan de olika aktörerna i Stockholms läns landsting under våren 2012. Utgångspunkten är att riskerna sprids och att incitament byggs in i kostnadsfördelningen som gör att de olika aktörerna gör rätt investeringar, vilket gäller både för investeringar i byggnader och i IKT.

3.9.2 Kostnadsökningstakt i fokus

Hälso- och sjukvården står inför en stor finansiell utmaning och analysen visar att en minskad kostnadsökningstakt krävs om cirka ytterligare en

procent per år för en ekonomi i balans. Den finansiella utmaningen i Stockholms läns landsting blir särskilt stor med tanke på de stora förändringarna hälso- och sjukvården står inför i länet med en kraftig befolkningsökning, byggnation av NKS och andra stora investeringar. För att genomföra Framtidsplan för hälso- och sjukvården med syfte att garantera medborgarna en god hälso- och sjukvård samtidigt som landstinget ska ha en ekonomi i balans krävs extraordinära åtgärder.

Under de kommande åren måste effektiviteten och produktiviteten i vården vara i fokus. Det gäller såväl på övergripande systemnivå som för enskilda producerande enheter. Åtgärder behöver vidtas på en rad områden för att upprätta målet om en ekonomi i balans. Exempel på sådana åtgärder:

- Arbete enligt LEON-principen
- Mer utvecklade ersättningsystem
- Fler upphandlingar
- Förbättrad patientsäkerhet
- Ett väl utvecklat IT-stöd som stödjer vårdens processer
- eHälsa
- Bättre utnyttjande av vårdens resurser i form av till exempel personal och lokaler
- Bättre utnyttjande av medicintekniska framsteg
- Vård i samklang med vetenskaplig evidens
- Nya sätt att jämföra vårdens resultat
- Nya sätt att arbeta med folkhälsa

3.10 Organisation för genomförande av Framtidsplan för hälso- och sjukvården

Förslag:

Landstingsstyrelsen ska ansvara för att genomföra och organisera Framtidsplan för hälso- och sjukvården på lämpligt sätt.

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att tillsammans med berörda aktörer samordna upphandlingar av byggnation, inventarier och IT.

Landstingsstyrelsen har det övergripande ansvaret för att förslagen i Framtidsplan för hälso- och sjukvården genomförs. Förslagen i Framtidsplan för hälso- och sjukvården berör en rad olika förvaltningar och bolag, vilka alla måste genomföra sina delar av förslaget. Det är därför viktigt att dessa förvaltningar och bolag i sina organisationer tydliggör ansvaret och avsätter adekvata resurser för arbetet. Styrningen i

Framtidsplan för hälso- och sjukvården utgår från en stark ägarstyrning och beställarstyrning.

En särskild problematik utgör ansvaret och organisationen för att genomföra investeringarna i närsjukhusen. För närsjukhusen saknas idag en tydlig beställare av investeringarna. Här krävs därför ett förtydligande av organisationen och ansvaret för genomförandet av investeringarna i närsjukhusen.

Vidare måste ansvaret för IKT-frågor förtydligas i landstinget och då särskilt utvecklingen av eHälsa. I detta sammanhang måste styrmodellen för IT ses över och ett förtydligande måste ske av styrningen av den branschgemensamma infrastrukturen och IT-tjänster för den landstingsägda produktionen, se avsnitt 3.6.

Arbetet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården måste samordnas så att förändringsarbetet går i takt och att medborgarna i Stockholms läns landsting alltid erbjuds den bästa hälso- och sjukvården. Denna samordning kommer att vara omfattande och lämpliga resurser måste avsättas. Arbetet med den kommande investeringsplanen måste särskilt beaktas då detta kommer att kräva att stora resurser avsätts på många nivåer i landstinget. Landstingsstyrelsen får i uppdrag att samordna upphandlingarna av byggnation, inventarier och IT enligt Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Tidsplanen för arbetet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården är kritisk och måste synkroniseras på en landstingsövergripande nivå.

Tabell 6. Exempel på nu identifierade aktiviteter i Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Aktiviteter	Ansvar	Klar
Organisation för genomförande av Framtidsplan för hälso- och sjukvården	LS	Hösten 2011
Profilering av akutsjukhusen	LS	Hösten 2011
Nya ägardirektiv Karolinska Universitetssjukhuset	LS	Hösten 2011
Nytt uppdrag för landstingsstyrelsen avseende NKS	LS	Hösten 2011
Tioårig samlad investeringsplan	LS	Hösten 2011
Utveckla enhetliga principer för uthyrning av vårdlokaler	LS	Hösten 2011
Modell för fördelning av investeringsrisker mellan aktörer i landstinget	LS	Våren 2012
Ekonomisk kalkyl för NKS och Framtidsplan för hälso- och sjukvården	LS	Våren 2012
Förslag till strategi för investeringar i IKT och klargöra behov av investeringar i IKT	LS	Våren 2012
Tydliggöra definitionen av fastighetsunderhåll	LS	Våren 2012
Kompetensförsörjningsplan för landstinget	LS	Våren 2012
Utveckla mall för nya ägardirektiv för Karolinska Universitetssjukhuset	LS	Hösten 2012
Utveckla ägardirektiv i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården	LS	Successivt
Samordning av investeringar i byggnader, inventarier och IT	LS	Successivt
Justering av Framtidsplan för hälso- och sjukvården i budget	LS	Budget
Byggnation av NKS	LS	Fram till 2016
Utveckla utformning av specialistcentra	HSN	Hösten 2011
Behov av förlossningskliniker i länet	HSN	Hösten 2011
Principer för när det är medicinskt motiverat att bygga enkelrum	HSN	Hösten 2011
Utveckla det akuta omhändertagandet	HSN	Våren 2012
Utvecklad barnsjukvård	HSN	Våren 2012
Utvecklat integrerat arbete för psykisk ohälsa	HSN	Våren 2012
Omflyttning av psykiatri och geriatrik från akutsjukhusen	HSN	Våren 2012
Utveckla mer enhetliga begrepp i hälso- och sjukvården	HSN	Våren 2012
Utveckla mall för nytt vårdavtal Karolinska Universitetssjukhuset	HSN	Hösten 2012
Utveckla vårdavtal i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården	HSN	Successivt
Utbyggnad av geriatrik/ASiH	HSN	Successivt
Utveckla stödjande insatser för patienter med särskilda behov (ex AHS)	HSN	Successivt
Implementering av NKS verksamhet	K	Fram till 2018

3.11 Uppföljning av Framtidsplan för hälso- och sjukvården

Förslag:

Landstingsstyrelsen får i uppdrag att årligen i samband med budgeten till landstingsfullmäktige redovisa vilka åtgärder som har vidtagits respektive kommer att vidtas för att implementera Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Framtidsplan för hälso- och sjukvården innehåller en rad olika aktiviteter som måste genomföras för att på längre sikt kunna garantera medborgarna i länet en fortsatt god hälso- och sjukvård. Det är angeläget att alla delar i Framtidsplan för hälso- och sjukvården följs och att justeringar görs i de delar som visar sig nödvändiga.

Många av aktiviteterna i Framtidsplan för hälso- och sjukvården har också finansiella effekter. Mot bakgrund av bland annat detta ska landstingsstyrelsen årligen i budgeten till landstingsfullmäktige återrapportera arbetet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården och vilka åtgärder som har vidtagits och måste vidtas. Det kan även komma att innebära att landstingsfullmäktige beslutar om eventuella förändringar i Framtidsplan för hälso- och sjukvården i budgeten. Landstingsfullmäktige kommer även att besluta i enskilda frågor i Framtidsplan för hälso- och sjukvården som respektive nämnd och styrelse lyfter till beslut i landstingsfullmäktige.

En redovisning i budgeten av Framtidsplan för hälso- och sjukvården ger landstingsfullmäktige möjlighet att följa hur hela hälso- och sjukvården utvecklas i enlighet med Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

Bilaga 1 - Sammanfattning av rapport om framtidens hälso- och sjukvård

Framtidens hälso- och sjukvård

Slutrapport från projektet Framtidens hälso- och sjukvård, mars 2011

Sammanfattning

De kommande åren förväntas befolkningen inom Stockholms län årligen öka med 25 000-30 000 personer per år. Den äldre befolkningen bland vilka vårdbehoven är störst ökar mer än andra åldersgrupper. Sjukvården står inför stora investeringar och förändringar där Nya Karolinska Solna utgör det mest framträdande inslaget. Samtidigt som kostnaderna för sjukvården ökar, är utrymmet för intäktsökningar begränsat. HSN-förvaltningens långtidsutredning från år 2008 visade på ett framtida gap mellan intäkter och kostnader på 23 miljarder kr fram till år 2025. Mot bakgrund av detta har Hälso- och sjukvårdsnämnden formulerat ett uppdrag till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-förvaltningen) att analysera och konkretisera den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms län utifrån behov och finansiella resurser. I linje med uppdraget fokuseras analysen och förslaget på förändringar i utbudet av hälso- och sjukvård fram till 2015 till följd av NKS, men en mål- och framtidsbild ges också för åren fram till 2025.

Det nya universitetssjukhuset, Nya Karolinska Solna (NKS), kommer att ha stor påverkan på hela sjukvårdsstrukturen inom Stockholms läns landsting när det står klart 2015-2016. NKS kommer att bli ett högspecialiserat universitetssjukhus som erbjuder unika möjligheter men som kommer att ta emot färre patienter än dagens Karolinska Solna. Befolkningsökningen tillsammans med NKS minskade produktion i relation till Karolinska Solnas nuvarande produktion leder till att vårdplatser för cirka 40 000 vårdtillfällen i slutenvården behöver tillskapas. En analys av NKS tänkta verksamhetsinnehåll visar på ett antal effekter som kan få stor påverkan på hälso- och sjukvården i Stockholms län.

För slutenvården bedöms övriga akutsjukhus kunna ta emot ytterligare drygt 20 000 vårdtillfällen 2016. Vårdgivare utanför akutsjukhusen skulle på motsvarande sätt kunna öka sina volymer med ytterligare 20 000 vårdtillfällen 2016. Av dessa utgörs cirka 10 000 vårdtillfällen av akutsomatik och 10 000 vårdtillfällen av geriatrik, ASIH och palliativ vård. Bedömningen är vidare att cirka 600 000 öppenvårdsbesök som i dag görs vid akutsjukhusen skulle kunna tas om hand utanför akutsjukhusen. Som ett första steg föreslås att 300 000 av dessa öppenvårdsbesök utförs utanför akutsjukhusen 2016. Nyttillskott i vårdproduktion och då främst öppenvård, bör i huvudsak ske utanför akutsjukhusen. Det finns ledig kapacitet bland övriga vårdgivare på kort sikt och beredskap på längre sikt att utöka produktionskapaciteten.

Utgångspunkten för förslagen för framtidens hälso- och sjukvård är att sjukvårdsstrukturen ska erbjuda ett tillgängligt, flexibelt och högkvalitativt vårdutbud som svarar mot medborgarnas behov och fria val. Patienten är utgångspunkten för vårdstrukturen och får ett samlat omhändertagande på rätt vårdnivå så att resurserna utnyttjas på bästa sätt. Det innebär

att hälso- och sjukvården utvecklas mer mot nätverk där öppenvården i högre grad än i dag står i centrum. Detta samtidigt som den akuta slutenvården i huvudsak utförs på akutsjukhusen. Centralt är också att det finns en flexibilitet i den framtida strukturen såväl avseende vårdutbud som byggnader.

Med situationsanalysen som bakgrund har en målbild för hälso- och sjukvården i Stockholms län 2025 tagits fram:

Länets befolkning är friskare och har stort förtroende för hälso- och sjukvården. Den upplyste patienten orienterar sig enkelt i en lättillgänglig vård som erbjuder goda valmöjligheter på lika villkor. Patienten har tillgång till öppen och säker information om sin vård och hälsa. Målinriktade vårdgivare levererar en hälsofrämjande sjukvård med hög effektivitet och patientsäkerheten i fokus. Patientens samlade vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja där alla aktörer känner ansvar för helheten.

Med målbilden för 2025 som utgångspunkt har en konkretiserad målbild för hälso- och sjukvårdsstrukturen 2015 formulerats. Målbilden omfattar tre mål: *hög tillgänglighet, hög kvalitet och delaktighet* samt *hög effektivitet*. Dessa mål uppnås genom ett antal strategier för en förändrad struktur för framtidens hälso- och sjukvård i Stockholms läns landsting.

- Medborgarna och patienterna ska i högre utsträckning kunna kommunicera och interagera med hälso- och sjukvården och ta del av förebyggande insatser och vård i hemmet, eller där man vistas, bl.a. genom en utveckling av e-hälso-, coachning - och stödtjänster och via exempelvis Vårdguiden och Mina Vårdkontakter (MVK). Det skapar flexibilitet och effektivitet både för individen och för vårdverksamheten.
- Patienten ska mötas av vårdgivare som arbetar hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Riktade insatser för grupper där ohälsan är stor skapar möjligheter för en förbättrad hälsa.
- Den första fysiska kontakten med vårdgivare sker ofta vid husläkarmottagningen. Med en bred samverkan gentemot övriga aktörer kan husläkaren lotsa den patient vidare som är i behov av annan specialiserad vård. Samordning mellan olika vårdgivare samt olika huvudmän skapar fungerande nätverk som tillsammans lotsar patienten.
- I den framtida strukturen tillgodoses stora delar av befolkningens behov av hälso- och sjukvård av ”mellanformer”, så kallade specialistcentrum, i ett nära samarbete mellan specialister och primärvården. Här skapas integrerade helhetslösningar med ett mångfacetterat vårdutbud.
- Akutsjukhusens verksamhet koncentreras till de åtgärder och fall som kräver deras kompetens och resurser.

Kraftfull satsning genomförs för att ge akutsjukhusen möjlighet att fullt ut arbeta utifrån principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå (LEON). Inflödet till akutsjukhusen begränsas och utflödet därifrån ökar då patienter i större utsträckning tas om hand utanför akutsjukhusen, bland annat genom en förstärkning av geriatriken. För barn och unga

integreras vårdgivare med olika kompetenser – både somatisk och psykiatrisk – för att få en väl sammanhållen barnsjukvård. För psykiatriska vårdbehov finns utökad psykiatrisk konsultationsverksamhet hos andra vårdgivare än de psykiatriska.

Kalkyler tyder på att en effektivitetsförbättring måste ske med drygt en procentenhet per år, utöver dagens krav på två procent, för att landstinget på längre sikt ska bibehålla en ekonomi i balans och kunna leverera en hälso- och sjukvård enligt befolkningens behov.

För att den önskade framtidsbilden ska bli verklighet krävs aktiv och kraftfull styrning av hälso- och sjukvården. De nödvändiga förändringar som fordras för att planerna för den framtida uppbyggnaden och strukturen av hälso- och sjukvården ska uppnås, måste understödjas av ändamålsenliga beskrivnings-, ersättnings- och incitamentssystem samt ett gemensamt och sammanhållet IT-stöd.

Med bas i detta arbete ska utvecklingen av framtidens hälso- och sjukvård utifrån föreslagna målbilder för 2015 och 2025 konkretiseras ytterligare.

Birger Forsberg
Håkan Lenhoff
Yvonne Lettermark

FRAMTIDENS HÄLSO- OCH
SJUKVÅRD
2011-04-26

HSN 0910-1366

SLUTRAPPORTEN FÖR FRAMTIDENS HÄLSO- OCH SJUKVÅRD

– sammanställning av remissvar

Den 15 april 2011 avslutades remisstiden för slutrapporten från HSN-förvaltningens projekt "Framtidens Hälso- och sjukvård" (FHS). Närmare 70 stycken remissinstanser hade inkommit med svar. Utöver detta genomfördes tre workshops med HSN-förvaltningens ordinarie samverkanspartners vilka utgörs av branschrådet, samverkansrådet för patient- och pensionärsorganisationerna samt de fackliga organisationerna.

De fullödiga skrivningarna i remissvaren visar på ett stort engagemang. Flertalet av remissinstanserna uttrycker uppskattning över det gedigna arbete som utredningen levererat, dess visionsinriktade ansats och det processinriktade arbetssätt med vilket utredningen genomförts. Många bedömer projektets slutrapport som ett viktigt underlag för den fortsatta planeringen av hälso- och sjukvården inom Stockholms läns landsting. I remissvaren framkommer dels en stor andel generella synpunkter, dels mer specifika synpunkter från remissinstansernas respektive verksamhetsområden.

Samtliga synpunkter och kommentarer är av stor vikt i det fortsatta arbetet. I det här dokumentet har vi fokuserat på de mer generella och genomgående synpunkter som framkommit i remissomgången. Samtliga remissvar finns tillgängliga via [sll.se/verksamhet/halsa och vard/framtidens halso- och sjukvard](http://sll.se/verksamhet/halsa_och_vard/framtidens_halso_och_sjukvard).

Väldigt många remissinstanser ställer sig bakom tanken att den framtida hälso- och sjukvården ska drivas i nätverksstruktur där stora delar av den specialiserade öppenvården förläggs utanför sjukhusen. Beställarens betydelse för att genom avtal med akutsjukhus, specialistcentra och övriga aktörer möjliggöra fungerande nätverk betonas.

Flera remissinstanser nämner att för att specialistcentra skall fungera optimalt är det viktigt att sörja för tillgången till medicinska servicespecialiteter, såsom t ex lab och röntgen, samt paramedicinsk service. Specialitetsråden för de medicinska serviceverksamheterna framhåller samtidigt betydelsen av att skapa tillräckligt kraftfulla produktionsenheter. I den fortsatta planeringen bör detta beaktas.

Det framhålls i ett antal remissvar, inte minst från SMR, att för att säkra både läkartillgången och täckning av akutsjukhusens jourlinjer bör rotationstjänstgöring i samverkan med specialistcentra etableras. Farhågor uttrycks att akutsjukhusen inte kan genomföra sina uppdrag om specialister i stor utsträckning väljer att arbeta utanför dessa sjukhus.

Flera remissinstanser påpekar att vid framväxten av specialistcentra kan det föreligga risk för att onödiga kostnader och parallella organisationer skapas. Förslaget om att pröva med pilotprojekt där specialister i allmänmedicin samlokaliseras med andra specialister, uppmuntras. Flera remissinstanser menar att en ökande decentralisering medför risk att samordningen för den enskilda patienten försvåras. Som lösning på detta möjliga problem föreslås i remissvaren att avtal - och ersättningssystem belönar samordning eller att samordningsansvaret läggs på lots-funktioner.

Remissinstanserna framhåller oftast fördelar med eHälsa, men betonar också att det även i fortsättningen krävs ett personligt möte samt att flertalet patienter och medborgare har svårigheter med dagens lösningar för eHälsa. Enligt vissa remissvar beskrivs i FHS en idealiserad patient som lätt tillgodogör sig eHälsa. Man menar att de flesta patienter dock inte är av det slaget. Det framhålls också att eHälsa ger bättre tillgänglighet och information men att det inte nödvändigtvis leder till minskad vårdkonsumtion eller minskade kostnader.

Samtidigt påpekas från vissa att digitalisering och tillgång till e-post för vissa grupper har inneburit ett stort framsteg och ökad tillgänglighet redan idag. Ett antal av remissinstanserna framhåller att rapporten har en begränsad definition av eHälsa som framför allt fokuserar på patientens behov. En hel del pekar på ytterligare möjligheter med eHälsa som inte lyfts fram i utredningen, till exempel övervakning av sjukdomar.

Det konstateras att eHälsa i vidare bemärkelse kräver integrerade IT-system och därmed omfattande investeringar. Flera remissinstanser påpekar att icke ändamålsenliga IT-system idag är ett avgörande hinder i arbetet.

Ett övergripande tema som lyfts i remissvaren är frågor kring forskning, utveckling och utbildning (FoUU). Detta uttryckts från en av remissinstanserna: "Grundutbildning i samverkan med universitet och högskolor och dess utformning i ett diversifierat sjukvårdsutbud där utbildningsplatser ska säkerställas i hela vårdkedjan kommer att ställa större krav på samverkan, planering och lång framförhållning i ett system med fler vårdaktörer och fler vårdnivåer."

Några av de medicinska specialitetsråden med erfarenhet av att arbeta i nätverk utanför sjukhusen, på det sätt som det beskrivs i FHS, har framhållit att det föreligger svårigheter att fördela forsknings- och utbildningsuppgifterna jämnt i systemet. Andra remissinstanser påpekar att en omfattande analys krävs av vilka effekter förslagen i slutrapporten får.

Det påpekas att risken finns att högt kvalificerade specialister som är verksamma utanför akutsjukhusen hamnar utanför de viktiga processerna kring forskning och utbildning. I remissvaren framhålls vikten av ett landstingsövergripande ansvar för FoUU. En föreslagen lösning är att samtliga aktörer i sjukvårdssystemet ges ansvar och möjlighet att bedriva utbildning och vid behov delta i klinisk forskning. Exempel på hur forskning och utbildning tydligare kan integreras bland fler aktörer ges i till exempel i den aktuella utvecklingen av akademiska vårdcentraler, vilka skulle kunna tjäna som modell för hur de föreslagna specialistcentra skulle kunna integreras i FoUU-arbetet.

Det framstår som viktigt att avtal och ersättningssystem inte motverkar forskning och utbildning. I likhet med utredningen konstateras att behovet av patientnära klinisk forskning/behandlingsforskning är stort och eftersatt. Vikten av att samverka i forskning och utveckling sker i ett tvärprofessionellt perspektiv lyfts fram.

Bland annat de fackliga organisationerna betonar att vården behöver göras attraktiv i alla sina delar för att locka nya och kvalificerade sökande till vårdutbildningarna. Det behövs en styrning av forskningspengar ut till öppenvården för att på så vis skapa attraktiva arbetsplatser även där. Genom att behålla en hög kompetens i hela vården blir det attraktivt att arbeta på alla nivåer. Samtidigt framhåller många remissinstanser att utredningen inte i tillräcklig omfattning beskriver andra yrkesgruppers roll i den framtida hälso- och sjukvården. Remissvaren utmynnar i en insikt om behovet av en långsiktig plan för att täcka behovet av kompetensförsörjning.

Flera remissinstanser instämmer i utredningens förslag om NKS-projektets styrning. Ett antal remissinstanser har framhållit potentiellt negativa konsekvenser med delade vårdtillfällen. Remissinstanserna går därmed längre än utredningen i sin kritiska hållning till delade vårdtillfällen.

I FHS diskuteras olika scenarier för produktivitetens utvecklingen. Flera remissinstanser ställer sig tveksamma till möjligheterna att ytterligare effektivisera hälso- och sjukvården. Andra påtalar att om vårdgivarna skall klara att effektivisera i efterfrågad utsträckning måste exempelvis vårdvalets regelböcker vara mindre styrande i detaljer och mera inriktade på vad som skall uppnås. Ett flertal remissinstanser framhåller vikten av ändamålsenliga beskrivnings-, ersättnings- och incitamentssystem för att styra vården mot önskade mål. Det behövs en ökad förståelse och kunskap om hur sådan styrning kan ske.

En utmaning vid genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård är att patienter ofta kräver vård på en högre nivå, vilket kan stå i strid med LEON-principen. Det krävs aktivt arbete av alla aktörer för att säkra att rationella och kostnadseffektiva beslut fattas inom vården. Brister i fysisk och kommunikativ tillgänglighet till vården kan vara ett hinder för hela vårdkedjan. Det är svårt att hitta rätt i vården och patienter hamnar fel. Kritik har framförts från flera deltagare att rapporten inte är tillräckligt tydlig vad gäller begreppsdefinitioner. Exempelvis är det svårt att skilja mellan begreppen primärvård, öppenvård, närsjukvård och specialistcentrum.

Det framhålls som positivt (*"stor respekt för"*) att utredningen av och till lyfter fram de äldres och de multisjukas, ofta äldres, speciella situation. Flera remissinstanser ser med glädje på förslagen om utökade uppdrag och volymer till geriatrik, rehabilitering, ASiH och palliativ vård. Samtidigt framhålls det att den beskrivna viljeinriktningen måste konkretiseras bland annat med ett tydliggörande kring vad ASiH behöver för att fullfölja sin roll. Kunskaperna om ASiH:s möjligheter måste också förbättras. De flesta insatser stödjer utredningens förslag på psykiatrisk konsultationsverksamhet i både primärvård och somatisk vård. I diskussioner om de stora behovsgrupperna, såsom äldre och svårt sjuka, framhåller ett antal remissinstanser betydelsen av att dessa grupper inte nedprioriteras. De framhåller att vården bör vara behovsstyrd.

Utredningens förslag vad gäller barnsjukvården mottas positivt. I barnmedicins remissvar framhålls betydelsen av åtgärder för att säkra personalutbildning, att multidisciplinär vård samlokaliseras, att NKS uppdrag tydliggörs i förhållande till övrig barnsjukvård inklusive barnpsykiatri och att det därvid markeras att delade vårdtillfällen endast undantagsvis bör förekomma. Man föreslår också att en samordningsfunktion för specialistverksamheter skapas. De föreslagna specialistcentra med närhet mellan allmänläkare, barnläkare, BUP och andra specialiteter ses som mycket positivt. Ett nära samarbete mellan de olika vårdnivåerna föreslås, inklusive jourtjänstgöring på barnklinik.

Det framhålls som viktigt att beställaren, på det sätt som föreslås i rapporten, tar ett ansvar för att barn och ungdomar får vara med och påverka och att barnperspektivet finns med i planeringen samt i beslut och avtal.

Det påtalas att en stor och genomgripande strukturförändring med ökade satsningar på förebyggande vård och riktade insatser till grupper med stora behov eller sämre hälsa är rätt väg att möta framtidens utmaningar med ökande och åldrande befolkning. Hälsofrämjande insatser bör tydligt definieras i vårdavtal, vara evidensbaserade, följas upp och i relevanta fall ersättas. Vikten av att hälsofrämjande och förebyggande vård prioriteras och integreras framhålls samt att sådana bör innehålla både individ- och befolkningsinriktade insatser.

Det konstateras att det är en brist i utredningen att primärkommunernas nuvarande och framtida insatser och roller saknas i förslaget om framtidens hälso- och sjukvård. I samma anda poängteras behoven av tydlig och utökad samverkan mellan vårdsektorn och andra aktörer i samhället såsom Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och Socialtjänsten.

Avslutningsvis så påpekar några medicinska specialitetsråd att deras verksamhetsområden inte behandlats i slutrapporten i tillräcklig omfattning. Detta påpekas bland annat, och med all rätt, av specialitetsrådet för tand- och käksjukdomar.

FÖRTECKNING ÖVER INKOMNA REMISSVAR

Stockholms medicinska råd (SMR)

41 st rapporter från Specialistsakkunniga ("spesaks" inklusive omvårdnadsrådet)

Vårdgivare:

Privata vårdgivare i Branschrådet inom SLL samt Bransch Sjukvård inom Vårdföretagarna.

Föreningen Privatpraktiserande Sjukgymnaster i Stockholm (FPSS)

Karolinska Universitetssjukhuset

Danderyds sjukhus

S:t Eriks ögonsjukhus AB

Stockholms läns sjukvårdsområdet (SLSO)

Södertälje Sjukhus (STS)

Södersjukhuset

Capio St Göran

Patient- och handikapporganisationer:

DHR

HSO

HSO/Epilepsiföreningen

HSO/Afasiföreningen

HSO/RMT

HSO/Hjärt-Lungföreningen

HSO/Diabetesföreningen

PRO

SPF

Storstockholms diabetesförening

Synskadades riksförbund

Fackliga organisationer

SKTF

SACO

SKAF

Vårdförbundet

Övriga:

Geriatrik- och ASIH-rådet

SWESEM (Svensk förening för akutsjukvård)

SLL Koncern IT

SFAM - Stockholm (Svensk förening för allmänmedicin)

Pfizer AB

Bilaga 3 - Sammanfattning av rapport om NKS verksamhetsinnehåll

Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning

Rapport från NKS-förvaltningen mars 2011

Sammanfattning

Rapporten *Nya Karolinska Solna – mål och verksamhetsinriktning mars 2011* är en sammanfattning av var arbetet med verksamhetens innehåll vid det nya universitetssjukhuset befinner sig i dagsläget. Den är framtagen för att stödja arbetet med, och besluten om, länets framtida sjukvård och dess infrastruktur och vilar på tidigare fattade beslut. Rapporten är inte avsedd att utgöra underlag för att nu fatta detaljerade beslut avseende NKS verksamhetsinnehåll på klinik- eller specialitetsnivå. Sådana ställningstaganden bedöms ligga flera år fram i tiden.

Rapporten är framtagen vid NKS-förvaltningen under ledning av förvaltningschef Lennart Persson, chefläkare Annelie Liljegren, chefläkare Erland Löfberg och medicinsk chef Claes-Roland Martling, i nära samarbete med prorektor professor Jan Andersson, dekanus professor Martin Ingvar, professor Jörgen Nordenström och direktör Rune Fransson, vid Karolinska Institutet. NKS-förvaltningens medicinska rådgivare har varit överläkare docent Hans Hägglund, överläkare med. dr Sofia Ernestam, överläkare docent Per Tornvall, överläkare docent Magnus Andersson, biträdande överläkare med. dr Alexander Ahlberg samt specialistläkare Charlotte Bieneck Haglind. Till deras hjälp har ett 70-tal läkare och annan personal från Karolinska universitetssjukhuset och andra akutsjukhus i Stockholm bidragit. Fackliga företrädare nominerade av den centrala samverkansgruppen (CSG) har kontinuerligt informerats under utredningsarbetets gång.

Nya Karolinska Solna Universitetssjukhus (NKS) är en av de största framtidssatsningarna som någonsin har gjorts i svensk sjukvård. Visionen är att NKS ska bli ett universitetssjukhus av världsklass i centrum av ett av världens främsta områden för *life science*, dvs forskning, utveckling och innovation inom läkemedelsområdet, biomedicin, bioteknik och medicinteknik.

Stockholms läns landsting har i och med NKS en helt unik möjlighet att ytterligare förbättra vården för svårt sjuka patienter i hela Stockholmsregionen och att förbättra samverkan och korsbefruktnings mellan vård, forskning och utbildning. Anläggningen som sådan, med sin generella utformning, enkelrum för alla ineliggande patienter, korta avstånd, bra logistik och omedelbara närhet till Karolinska Institutet, skapar mycket goda förutsättningar för ett universitetssjukhus av världsklass.

Landstinget har direkt eller indirekt i olika beslut de senaste tio åren berört NKS uppdrag och verksamhetsinnehåll och dessa beslut har legat till grund för storlek och fysisk utformning av sjukhuset. Av dessa beslut framgår att NKS ska ha fokus på högspecialiserad och specialiserad vård och bedriva en mindre andel bassjukvård än vad som är fallet på Karolinska Solna idag. De analyser som nu är gjorda bekräftar att länets högspecialiserade vård kan inrymmas på NKS.

En koncentration av sällan förekommande och komplicerade sjukdomstillstånd har mycket goda förutsättningar att leda till bättre behandlingsresultat och bättre överlevnad för dessa patientkategorier. NKS får i och med koncentrationen av den högspecialiserade vården också den uttalade rollen att vara länets "sista instans" (*eng. last resort care*) för patienter som lider av komplicerade och oklara tillstånd där multidisciplinär klinisk och akademisk expertis är av avgörande betydelse.

NKS fysiska kapacitet är cirka 600 slutenvårdsplatser, cirka 100 dagvårdsplatser, 100 platser på ett patienthotell och 35 operationssalar. Produktionskapaciteten avseende slutenvård bedöms bli lägre än på Karolinska Solna idag emedan antalet operationer och öppenvårdsbesök bedöms kunna vara i samma storleksordning som idag.

Denna rapport föreslår i korthet följande verksamhetsinriktning för NKS:

- En ökad koncentration av högspecialiserad vård i länet till NKS, alltmedan universitetssjukvården som helhet är spridd på flera sjukhus och enheter.
- Ett specialiserat akut mottagande som inriktar sig på de svårast sjuka och skadade patienterna från hela länet, men även vissa volymer bassjukvård kan komma att omhändertas på akutmottagningen.
- En tematiskt organiserad patientvård, baserad på patientens behov, perspektiv och medverkan.

Vården av patienterna på NKS föreslås i linje med landstingets tidigare beslut och inspirerat av utländska förebilder som Cleveland Clinic, Cleveland (USA) och Imperial College, London (Storbritannien) utgå ifrån ett antal teman (sex stycken) som är styrda av patienternas behov och sjukdomstillstånd.

Dessa teman har varit utgångspunkten i arbetet med den fysiska planeringen av sjukhuset och legat till grund för placeringen av olika verksamheter (t ex operation och intensivvård) inom anläggningen. Indelningen i teman rimmar också väl med Karolinska Institutets framtidsplaner.

Dessa sex teman är:

1. *Barn.* Barn är ett självklart tema på ett högspecialiserat universitetssjukhus eftersom det finns många sällan förekommande och svåra sjukdomar hos barn. På NKS bör finnas ett komplett "barnsjukhus" med ett mindre bassjukvårdsuppdrag än vad Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) har idag. Cirka 20 % av slutenvårdsresurserna på NKS bedöms att tas i anspråk av barnsjukvården.
2. *Cancer.* Cancer är en mycket komplex och livshotande sjukdom som ställer särskilda krav på ett multiprofessionellt angreppssätt. Ambitionen är att det på NKS ska finnas ett heltäckande cancercentrum (*eng. Comprehensive Cancer Center*) som bedöms ta upp emot 30 % av sjukhusets vårdplatskapacitet i anspråk.

3. *Hjärta-Kärl*. Temat domineras av akut diagnostik och behandling av svåra hjärtkärlsjukdomar med stort behov av bl a intensivvård och bedöms behöva cirka 15 % av sjukhusets vårdplatskapacitet.
4. *Inflammation*. Detta tema tar utgångspunkt i en gemensam mekanism – inflammation – som leder till sjukdom i olika delar av kroppen, t ex hud, leder, njurar och lungor. Behandlingen av olika sjukdomar är likartad och multidisciplinärt samarbete är därför av största vikt för patientens bot och för kunskapsöverföring inom temat. Tema inflammation kommer huvudsakligen att bedrivas i öppenvård, och slutenvården bedöms stå för ca 5 %.
6. *Neuro*. Neurofysiologi, neurokirurgi, neurologi och neuroradiologi utgör viktiga delar av detta tema. Bland annat kommer den allt mer tidskritiska och avancerade behandlingen av stroke att återfinnas här. Temat bedöms motsvara cirka 10 % av sjukhusets vårdplatskapacitet.
7. *Reparativ medicin*. Detta tema innehåller vård som syftar till att reparera eller ersätta skadade organ och vävnader. I detta tema ingår att NKS ska vara ett referenscenter för riktigt allvarliga olycksfall, s k stort trauma, i hela Mälardalen. Temat bedöms ta i anspråk cirka 20 % av NKS vårdplatskapacitet.

Huvudskälet till att NKS byggs intill Karolinska Institutets campus i Solna, är att underlätta samverkan mellan forskning, utveckling, utbildning (FoUU) och sjukvård. I sammanhanget bör noteras att cirka 45 % av Sveriges akademiska medicinska forskning utförs i Stockholmsregionen och vidare att mer än 60 % av Sveriges läkemedels- och sjukvårdsindustri (*life science*) också finns i denna region. Karolinska Institutet är tillsammans med Stockholms läns landsting dessutom Sveriges största utbildningsenhet inom vård och hälsa.

NKS och Karolinska Institutet kommer att bli motorerna i utvecklingen av hela life science-satsningen i Hagastaden (tidigare Karolinska-Norra Stationsområdet). Life science är en av de stora globala framtidsbranscherna och i förlängningen handlar NKS också om att skapa förutsättningar för nya och långsiktiga arbetstillfällen i regionen. De totala investeringarna som görs i området av landstinget, Stockholms Stad, Solna Stad, Karolinska Institutet med flera, uppgår till cirka 50 miljarder kronor. Över tid kommer sannolikt också Uppsala-regionen att bli en del av den satsning som görs.

Upphandlingen av den nya sjukhusanläggningen var ett viktigt steg på vägen att realisera visionen för det nya universitetssjukhuset, men mycket arbete återstår. Det kommer att krävas en uttalad ambition för att nå världsklass. Dessutom krävs ett nära samarbete med Karolinska Institutet, stor beslutsamhet och avsevärda kraftansträngningar under de närmaste tio åren, om visionen ska kunna förverkligas. Det bör beaktas att konkurrensen om spetskompetens, forskningsresurser och investeringar hårdnar när ”nya länder” i Asien och Sydamerika snabbt och målmedvetet flyttar fram positionerna inom sjukvård, forskning, medicinsk teknik, läkemedel etc.

Bilaga 4 – Större investeringsobjekt aktuella ärenden

Kortfattad objektsbeskrivning – större objekt

Uppgifter baseras på handlingar inlämnade i samband med hemställan till landstingsstyrelsen.

A. Danderyds sjukhus

Ny akutvårdsbyggnad

Diarienummer	LS 0609-1628 LS 0804-0348 LS 0912-1085 <i>LS 1010-0852</i>
Status	Programarbete överlämnat till Landstingsstyrelsen
Verksamheter	Akut Operation (12 op.salar) Intensivvård Röntgen Sterilcentral Godsförsörjning
Byggnationsyta*	48 247 kvm BTA** / 28 203 LOA**
Investering byggnad*	2 100 mkr
Investering utrustning*	418 mkr
Genomförandetid	ca 6 år

Kursiv text = ärende under beredning

* Alternativ finns med ytterligare våningsplan med vårdavdelningar (ej utrett i programarbete)

** BTA = sammanlagd area, LOA = lokalarea

B. Södersjukhuset

Tillbyggnad för akutmottagning, operation, sterilcentral och förlossning/BB

Diarienummer	LS 0609-1628 LS 0804-0348 <i>LS 1102-0171</i>
Status	Programarbete överlämnat till Landstingsstyrelsen
Verksamheter	Akut Operation (28 op.salar) Förlossning/BB Sterilcentral
Byggnationsyta*	57 500 kvm BTA** nybyggnad / 33 740 kvm LOA**
Investering byggnad*	3 057 mkr
Investering utrustning*	441 mkr
Genomförandetid	ca 6 år (start inflyttning efter 4 år)

Kursiv text = ärende under beredning

* Alternativ finns med en mindre tillbyggnad, utan samlande av alla operationsavdelningar. (utrett i programarbete). Investering byggnad för begränsat förslag uppgår till 2 293 mkr (inkl. kreditiv), och för utrustning 308 mkr.

** BTA = sammanlagd area, LOA = lokalarea

C. Karolinska universitetssjukhuset Huddinge

Innovationsplatsen

Diarienummer	LS 0609-1628 LS 0804-0345 LS 0809-0800 <i>LS 1010-0801</i>
Status	Programarbete överlämnat till Landstingsstyrelsen
Verksamheter	a) F.d. FRIO: Operation (28 op.salar) Intervention Pre- och post-op.avdeln Sterilcentral Medicinteknik (MTA) b) Akademi (KI, högre ssk-utb, KTH), och näringsliv
Byggnationsyta	80 100 kvm BTA* varav 7 100 kvm ombyggnad / ej angiven LOA*
Investering byggnad	3 060 mkr
Investering utrustning	779 mkr
Genomförandetid	ca 4,5 år

Kursiv text = ärende under beredning

* BTA = sammanlagd area, LOA = lokalarea. Övergripande programhandling inlämnad med byggnationsyta angiven i endast BTA.