

Landstingsstyrelsen

Förslag till ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt uppförande av ett nytt universitetssjukhus

ÄRENDET

Förslag från 3 S – utredningen om ny hälso- och sjukvårdsstruktur för Stockholms läns landsting samt förslag till uppförande av ett nytt universitetssjukhus.

FÖRSLAG TILL BESLUT

Landstingsstyrelsen föreslår landstingfullmäktige besluta

- att godkänna de av 3 S – utredningen föreslagna principerna för utveckling, genomförande och uppföljning av landstingets sjukvårdsstruktur
- att uppdra åt landstingsstyrelsen att beakta principerna vid utformning av kommande förslag till budgetdirektiv respektive förslag till budget
- att uppdra åt landstingsstyrelsen att fatta beslut om ledningsorganisation och projektorganisation för det fortsatta arbetet
- att uppdra åt Locum AB att i samarbete med landstingsstyrelsens förvaltning och Stockholms läns sjukvårdsområde redovisa behov av investeringar och andra lokalmässiga insatser inom närsjukvården

Bilagor

1. Den framtida närsjukvården
2. Det nya universitetssjukhuset och den framtida akutsjukvårdsstrukturen
3. Byggnation av nytt universitetssjukhus
4. Patienternas vårdkontakt vid olika sjukdomstillstånd
5. Ekonomiska frågeställningar

- att fortsätta planeringen för ett nytt universitetssjukhus på Karolinska Universitetssjukhuset Solnas område
- att uppdra till SL att planera för en med det nya sjukhusets uppförande samordnad utbyggnad av tunnelbanan
- att som utgångspunkt för det fortsatta arbetet fastställa de preliminära lokalbehoven för sjukhuset i enlighet med förslag i bifogad rapport
- att uppdra till landstingsstyrelsen att upphandla arkitektjänster och övriga tekniska konsulttjänster genom en inbjuden formgivningstävling avseende utformning av ny sjukhusbyggnad och nya forskningslaboratorier
- att uppdra till landstingsstyrelsen att fastställa förslag till tävlingsprogram för en inbjuden formgivningstävling samt utse ordförande och vice ordförande i tävlingsjuryn
- att uppdra till landstingsstyrelsen att förelägga landstingsfullmäktige förslag till beslut om genomförande samt projektramar baserat på programhandlingar för byggprojektet

Landstingsstyrelsen beslutar under förutsättning av fullmäktiges beslut

- att uppdra åt landstingsstyrelsens förvaltning att fortsätta utredningsarbetet avseende sjukvårdsstrukturen i de frågor som framgår av detta tjänsteutlåtande
- att förklara 3 S – utredningens arbete slutfört.

BAKGRUND

I slutet av 2001 tillsattes Universitetssjukhusutredningen (SNUS). Utredningens uppdrag var att undersöka möjligheterna att skapa ett nytt universitetssjukhus. Bakgrunden var i första hand de stora investeringsbehov, inte minst avseende Karolinska Universitetssjukhuset sjukhuset i Solna, som hade konstaterats. I november 2002 lade utredningen fram sin rapport och bland de överväganden och förslag som då presenterades kan följande nämnas.

- Den unika uppgiften för ett universitetssjukhus är att bedriva omfattande forskning och utbildning av yppersta kvalitet. Till universitetssjukhuset bör även den högspecialiserade vården lokaliseras.

- Karolinska sjukhuset ska vara ett specialistsjukhus för hela länet. Inte ett länsdelsjukhus för nordvästra delen av länet. Sjukhuset ska därför inte innehålla stora volymer bassjukvård.
- En omdaning av Karolinska sjukhuset till ett modernt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus måste gå hand i hand med förändringar inom andra delar av landstingets sjukvårdssystem.
- För Karolinska sjukhuset medför det nya verksamhetsuppdraget att antalet slutenvårdsplatser bör kunna minska. Akutmottagningen bör endast omhänderta vissa ambulanspatienter, patienter som kommer på remiss eller som hänvisats dit av sjukvårdsrådgivningen.
- Ett nytt universitetssjukhus bör lokaliseras till KS-området eftersom det ger den nödvändiga närheten till Karolinska Institutet.

Som synes fann utredningen det nödvändigt att sätta in frågan om ett nytt universitetssjukhus i ett samlat sjukvårdsstrukturellt sammanhang. Skälen till det var uppenbara. Planering och uppförande av ett nytt sjukhus är en kostsam och tidskrävande process och måste därför utgå från en bedömning av det framtida sjukvårdssystemet; en bedömning som baseras inte endast på den medicinska och medicintekniska utvecklingen som sådan utan också på vad som är önskvärt ur ett medborgar- och patientperspektiv.

Landstingsstyrelsen lade i mars 2003 fast direktiven för det fortsatta arbetet med en universitetssjukhusutredningens rapport. Av direktiven framgår att huvuduppdraget är att fortsätta utredningsarbetet utifrån den principiella plattform som SNUS-utredningen presenterade. Förslaget till ny sjukvårdsstruktur ska utvecklas och nybyggnation av ett universitetssjukhus ska studeras med inriktningen att den ska ske på KS-området. I en långsiktig utbyggnadsplan för närsjukvården ska de överväganden och förslag som lämnats av "Primärvårdsutredningen" konkretiseras.

Genomförande

Utredningen, som antog namnet "Utredningen om Stockholms Sjukvårdsstruktur, 3 S", har letts av en grupp bestående av landstingsdirektören (ordf), bitr landstingsdirektören, beställardirektören, VDn för Locum AB samt rektor/prorektor för Karolinska Institutet. Till ledningsgruppen har, för kortare eller längre perioder, adjungerats andra personer.

Utredningsarbetet har drivits i två delprojekt med var sin styrgrupp. Ett har avsett det nya universitetssjukhuset och akutsjukvårdsstrukturen i övrigt medan det

andra varit inriktat på närsjukvården. De två styrgruppernas uppdrag avslutades i o m att utredningen våren 2004 presenterade de två preliminära delrapporterna. Inom ramen för delprojekten har ett stort antal arbetsgrupper varit engagerade med att ta fram underlag och förslag. Sammantaget har flera hundra personer aktivt deltagit i arbetet. I närsjukvårdsprojektet har flera företrädare för länets kommuner varit aktivt involverade.

Utöver de två delprojekten har Locum AB haft utredningens uppdrag att genomföra ett antal förberedande aktiviteter i första hand avseende byggnationen av ett nytt universitetssjukhus. Diskussioner har förts med Solna kommun om detaljplan för KS-området och tre arkitektföretag har haft parallella uppdrag att skissa hur ett nytt sjukhus kan fogas in i den aktuella miljön. Locum AB har också aktivt deltagit i projektarbetet om överdäckning av Norra stationsområdet. Utredningens överväganden och förslag när det gäller byggnation av det nya universitetssjukhuset presenteras i separat rapport.

Landstingsstyrelsens allmänna utskott har löpande informeras om utredningsarbetet. Information har även lämnats till hälso- och sjukvårdsutskottet samt sjukvårdsberedningarna. De fackliga organisationerna har kunnat följa utredningsarbetet via en särskild referensgrupp och information har lämnats till handikapp- och patientorganisationer.

Båda delprojekten har arrangerat ett antal konferenser och seminarier där utredningsarbetet har diskuterats och stämts av och studiebesök har genomförts.

Med början i maj 2004 genomfördes ett 10-tal seminarier som vände sig till anställda inom den landstingsfinansierade sjukvården, kommunerna och Karolinska Institutet. En sammanställning av de synpunkter som kom fram vid seminarierna kommer att redovisas i särskilt dokument.

Den 7 september 2004 deltog ett stort antal av landstingets förtroendevalda i en sammankomst där 3 S-utredningens bedömningar och slutsatser redovisades i seminarieform.

Av praktiska skäl är inte allt det underlagsmaterial som tagits fram av 3 S bifogat denna rapport. Men stora delar av det finns tillgängligt bl a via landstingets hemsida.

Budgetarbetet hösten 2003 mm

Under ett par månader hösten 2003 gavs utredningsarbetet en mer kortsiktig inriktning. Arbetet med att få fram ett budgetförslag för 2004 som var i balans krävde nämligen att ett antal frågor behandlades med förtur, de s k snabbspåren.

Flera av de förslag som då togs fram finns nu med i 2004 års budget. Omstruktureringen av landstingets sjukvård har därför i praktiken inletts i några viktiga avseenden. Framför allt gäller det bildandet av Karolinska Universitetssjukhuset varigenom organisatoriska förutsättningar har skapats för den samordning och profilering av universitetssjukvården som SNUS-utredningen pläderade för.

Den långsiktiga utvecklingen av sjukhusen i Norrtälje och Södertälje och deras samverkan med primärvården och kommunerna studeras för närvarande särskilt. Resultatet från dessa arbeten har inte kunnat beaktas i denna rapport utan kommer att läggas fram vid kommande årsskifte.

I augusti 2004 uppdrog landstingsstyrelsen åt sin förvaltning att i koncernledningens förslag till budget för 2005 och planering för 2006-2007 inarbeta vissa förslag till koncentration av högspecialiserad vård.

UTREDNINGENS ÖVERVÄGANDEN OCH FÖRSLAG – EN SAMMANFATTNING

3 S – utredningens förslag innebär i flera avseenden en bekräftelse av den utveckling som redan är på gång inom landstingets hälso- och sjukvård. Det gäller inte minst närsjukvården. Utredningens förslag innebär här inte något principiellt avsteg från redan pågående utvecklingsarbete när det gäller att förbättra tillgängligheten, att integrera fler specialiteter i närsjukvården, att förbättra tillgången till akut omhändertagande, att effektivisera samspelet mellan olika landstingsfinansierade vårdgivare, att öka samverkan med kommuner och andra intressenter etc. Landstinget befinner sig här, enligt utredningen, på rätt väg. Vad det nu handlar om är att systematisera förändringsarbetet, att tydliggöra ansvaret och att, så långt de ekonomiska förutsättningarna medger, skynda på utvecklingen. Det handlar också om att på ett strukturerat sätt samordna närsjukvårdens uppdrag med den förändring som bedöms angelägen inom akutsjukvården.

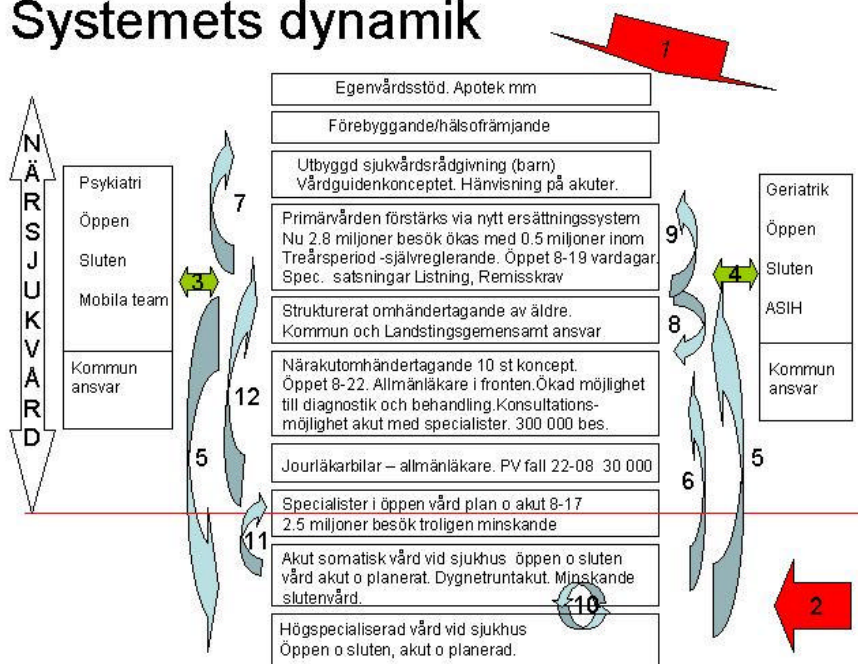
I andra avseenden är utredningens förslag mer ”omvälvande”. Det tydligaste exemplet på det är självfallet förslaget om att bygga ett nytt universitetssjukhus i Solna. Inte ett sjukhus som verksamhetsmässigt endast ersätter det nuvarande utan ett universitetssjukhus som ska koncentreras till högspecialiserad vård, forskning och utbildning. Detta förändrade uppdrag till Karolinska Universitetssjukhuset måste gå hand i hand med verksamhetsförändringar även inom övriga akutsjukhus och inom närsjukvården.

Det förslag till ny sjukvårdsstruktur som 3 S – utredningen föreslår kan, när det genomförs, i sina huvuddrag karaktäriseras på följande sätt.

- Ökade möjligheter att få (enklare) akuta sjukdomstillstånd omhändertagna i närmiljön/närsjukvården
- Nyetableringar av "närsjukvårdsenheter" har skett och befintliga enheter/lokaler har i vissa fall byggts ut och moderniserats för att svara upp mot den nära sjukvårdens förändrade verksamhetsinnehåll
- Bättre möjligheter att få råd om vart i sjukvårdssystemet man ska vända sig vid sjukdom
- Tillgång till fler medicinska specialiteter inom närsjukvården
- Ökade möjligheter att få besök av läkare i hemmet
- Äldre personer, ofta med flera olika sjukdomar ska i ökad utsträckning slippa nyttja sjukhusens akutmottagningar och istället få den vård som krävs inom närsjukvården
- Ett nytt, modernt universitetssjukhus har tagits i drift där vård, forskning och utbildning integrerats på ett för landstinget nytt och mer effektivt sätt
- Universitetssjukhuset, som vårdmässigt är koncentrerat till högspecialiserad vård, stärker regionens förutsättningar vad gäller attraktivitet, tillväxt mm
- För att upprätthålla och utveckla de medicinska yrkesgruppernas erfarenhet och kompetens har behandling av sällan förekommande sjukdomstillstånd koncentrerats till en – eller ett fåtal – sjukhus i länet
- Samtliga nu befintliga (akut) sjukhus har fortfarande akutmottagningar men mottagningarnas uppgift kan ha förändrats
- Ett akademiskt sjukvårdssystem har etablerats för forskning och undervisning med Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset som centrum i nätverket.
-

Sjukvårdssystemet kan illustreras enligt bilden nedan.

Systemets dynamik



Bilden beskriver de nivåer som finns inom hälso- och sjukvården i Stockholms län både inom landstingets och kommunernas ansvar. I rutorna beskrivs de olika huvudfunktionerna.

- Pilarna 1 och 2 visar hur patienter principiellt bör komma in i systemet - ut kommer man från alla rutor.
- Pilarna 3 och 4 visar på nära samverkan mellan primärvården och psykiatri resp geriatrik.
- Pilen 5 visar på ett ständigt utbyte mellan nivåerna vad gäller olika sjukdomsgrupper som en tid kan vara rena primärvårdsfall men i nästa när en ny behandlingsmetod introduceras kan vara t ex högspecialiserad och vice versa.
- Pilen 6 är tänkt att illustrera ett flerårigt överförande av akuta fall från sjukhusens akuter till närakuter.
- Pilarna 7 och 9 visar på ett allt bättre omhändertagande vid första kontakt och hjälp till självhjälpsstrategi.
- Pilen 8 visar på en inriktning mot ett allt mer strukturerat omhändertagande av äldre tillsammans med kommunerna i närsjukvården.
- Pilarna 10 illustrerar den ständiga förändring som sker inom sjukhusvården där pendlingen mellan specialiserad och högspecialiserad hela tiden pågår.
- Pilen 11 visar på överföring av öppenvård vid sjukhus till specialister i närsjukvården.

- Pil 12 visar på överföring från specialister i öppenvård till primärvård.

Ny hälso- och sjukvårdsstruktur

Den ”sjukvårdsstruktur”, i vid bemärkelse, som idag erbjuds länets invånare är i stora behov av reformering. Det behövs en ny vårdstruktur där närsjukvården utvecklas och akutsjukhusen får förändrade uppdrag. Samtidigt måste förbättrade betingelser skapas för forskning, undervisning och utveckling av vården. Skälen för detta är flera. Den snabba medicinska och medicintekniska utvecklingen är en viktig sådan. Nya metoder för diagnostik och behandling utvecklas med möjlighet att behandla svåra sjukdomstillstånd hos allt yngre och allt äldre patienter. Vården blir mer specialiserad och kompetens- och resurskrävande. Samtidigt kan den med stöd av ny skonsam teknik ofta ges som öppen vård. Sjukhusvård med vårdtillfällen då såväl diagnostik som behandling och eftervård utfördes har ersatts av vårdprocesser med flera vårdgivare inblandade.

Målsättningen med 3S-utredningens förslag är att invånarna i landstinget oberoende av var de bor ska kunna tillförsäkras närsjukvård, specialiserad och högspecialiserad vård med så hög kvalitet och tillgänglighet som möjligt. Samverkan mellan närsjukvård och akutsjukvård och mellan olika vårdgivare (privata och offentliga, landsting och kommun) blir viktig för att garantera kontinuitet, säkerhet och kostnadseffektivitet i vården.

Närsjukvården

Invånarna i ett avgränsat geografiskt område ska kunna få sitt samlade behov av hälso- och sjukvård och social omvårdnad nära där de bor eller vistas – utom den vård som behöver akutsjukhusets specifika kompetens och resurser. Närsjukvårdens uppdrag omfattar hälsofrämjande, förebyggande, diagnostiserande, behandlande, rehabiliterande, omvårdande och stödjande insatser. För att kunna ge dessa samordnade insatser i närsjukvården är kommunal medverkan en förutsättning. Närsjukvården får då mera karaktär av närvård.

Det finns i dag ett antal goda exempel på hur en effektiv närsjukvård kan byggas upp och det pågår många insatser för att främja denna utveckling. Ett av problemen för framgång är att i dag utgår närsjukvårdens struktur och arbetssätt snarare från professionens och organisationens krav än från befolkningens ohälsa, sjuklighet och vårdbehov. Närsjukvården måste, för att bli framgångsrik, i större utsträckning byggas utifrån förändringar av ohälsa, sjuklighet och vårdbehov i befolkningen. Vanliga sjukdomar, som inte kräver högspecialiserad kompetens, ska i största möjliga utsträckning tas omhand i närsjukvården. För patienten är det viktigt med tidig upptäckt och att vårdinsatserna sätts in tidigt i sjukdomsförloppet

och är samordnade mellan olika vårdgivare. Det ska också vara lätt att få kontakt med vården när man behöver den.

Närsjukvården ska vara nära både i tid och rum men också nära genom att den bidrar till att skapa trygghet och tillit. Vårdgivarna i närsjukvården ska uppfattas som ett självklart och attraktivt förstahandsalternativ. I närsjukvården får de allra flesta vårdsökande hjälp med sina problem oavsett om det handlar om akuta och tillfälliga besvär eller om mer långvariga och kroniska sjukdomar.

Viktiga och prioriterade patientgrupper i närsjukvården är barn och ungdom, äldre multisjuka och personer med psykisk ohälsa/sjukdom eller missbruk. I närsjukvården arbetar vårdgivarna i ett vårdnätverk så att patienterna får tillgång till rätt kompetens för sina olika vårdbehov och vårdinsatserna är samordnade. I vårdnätverket samarbetar offentliga och privata vårdgivare inom såväl kommun som landsting. Det krävs således en tydlig struktur för samverkan mellan de i närsjukvården viktigaste samarbetspartnerna.

Närsjukvården måste säkerställa fungerande vårdprocesser för enkla och relativt okomplicerade sjukdomstillstånd. Samtidigt måste förmågan stärkas när det gäller att ta hand om mer komplicerade sjukdomstillstånd och komplexa problem som kräver tillgång till mångprofessionell kompetens och samordnade insatser från olika vårdgivare.

Närsjukvårdens framtida styrka blir beroende av dess flexibilitet att välja rätt typ av samverkan för olika behov. Graden av samverkan styrs av behov och överenskommelser. Sammansatta behov möts med samordnade insatser. Detta är särskilt viktigt för vissa äldre, psykiskt sjuka, missbrukare och barn i behov av särskilt stöd. Närsjukvården säkerställer att bedömningar görs såväl utifrån den enskildes medicinska som sociala behov. Samordningen har mer karaktären av en vårdfläta än vårdkedja – insatserna vävs samman till en helhet istället för att avlösa varandra en efter en. Samordningen mellan huvudmännen bör ge både kvalitativa vinster och ekonomiska fördelar.

För många är husläkarteamet den naturliga porten in i närsjukvården men det är inte den enda. För ungdomar kan det vara skolhälsovården eller ungdomsmottagningen och för de äldre kan det vara den kommunala äldrevården.

Arbetet med att utveckla närsjukvården i den riktning som här beskrivits i allmänna termer är, som nämnts, redan på gång i flera avseenden.

Konkreta förändringar avseende närsjukvården

I den nya sjukvårdsstrukturen ska ett allt större antal av befolkningens kontakter med hälso- och sjukvården gå via närsjukvården och framför allt husläkarteamen. För att klara av detta kommer man att behöva utveckla olika stödsystem gällande bl a kompetensfrågor, logistik, lokaler, dokumentation och arbetssätt.

De största insatserna för att få systemet att fungera på ett för medborgarna optimalt sätt måste ske inom området ”kompetensutveckling”. Medicinska programarbeten samt arbetet med läkemedelsstrategin ska leda till effektivare vårdkedjor och utnyttjande av ny effektiv behandling samt utmönstring av ineffektiva metoder. Gemensam vårdokumentation är en förutsättning för ett väl fungerade system där patienterna verkligen blir medaktörer. Att kunna leda förändringsarbete blir en grundläggande egenskap hos ledare i vården och för att få till stånd detta behövs stora insatser.

Inom närsjukvården ska väsentligt fler läkarbesök än idag göras och utöver detta en mängd kontakter både via besök, telefon och Internet med olika befattningshavare i vården. Sjukvårdsupplysning och rådgivning blir en allt viktigare funktion där husläkarteamen är den naturliga första kontakten men där en central funktion avlastar och stöttar. Den centrala funktionen via telefon och Internet (Vårdguiden) ökar nu kontinuerligt sina kontakter med befolkningen och passerar i år två miljoner kontakter och beräknas öka mot tre miljoner inom något år. Funktionen ”Mina vårdkontakter” beräknas underlätta hantering av en mängd rutinärenden i vården när allt fler patienter ansluter sig.

Uppbyggnad av akut omhändertagande i närsjukvården fortsätter med flera centra som sammantaget ska ta hand om 300 000 patienter per år. Investeringar kommer att krävas för att starta ytterligare 5 - 6 verksamheter inom en tvåårsperiod och modernisera de som är igång. En speciell satsning är under planering i Skärholmen där Stockholms stad och landstinget planerar gemensamma lokaler.

Huvudansvaret för det akuta omhändertagandet dagtid åligger husläkarteamet. Inom ramen för den ökande andelen prestationsbaserad ersättning bör förlängt öppethållande inte bara för akuta utan även planerade besök kunna möjliggöras. För att motsvara behoven av akuta mottagningsbesök dagtid kan olika metoder användas.

1. Den akuta verksamheten skiljs från planerade mottagningsbesök vilket kräver översyn av befintlig organisation och arbetssätt..
2. Husläkarna erbjuder s k öppen mottagning där befolkningen kan söka utan att ringa före.

Vid sidan av husläkarteamen spelar närakuter, närsjukvårdscentra och närsjukhus en viktig kompletterande roll i det akuta omhändertagandet. Närakuterna ska tillhandahålla specialister i allmänmedicin och ha tillgång till laboratoriemedicin och röntgen under jourtid. Dessutom skall de ha tillgång till bedömning av andra specialister liksom till korttidsplatser och eventuellt mobila team. Strategiska lokaliseringar för närakuter är i första hand

- Täby sjukhus (utvecklas)
- Löwenströmska sjukhuset
- Solna Centrum
- Jakobsbergs sjukhus
- Brommaplan (utvecklas)
- Ersta/Rosenlund (utvecklas)
- Skärholmen (utvecklas)
- Farsta (utvecklas)
- Sabbatsberg/Odenplan (utvecklas)
- Järva (utvecklas)
- Nacka
- Handen
- Närakut Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.

Närsjukhusen, som enligt socialstyrelsens definition tar emot akut sjuka och skadade som inte behöver allmän intensivvård eller akuta operationer och som tar emot åldriga patienter med återkommande sjukvårdsbehov, framför allt då omvårdnadsbehov dominerar, är en annan viktig pusselbit i närsjukvården. Sedan tidigare finns på flera håll i länet gamla s k. annexsjukhus som nu gjorts om till "vårdgallerior" med specialister och tillgång till korttidsplatser och elektiv kirurgi. Här finns även diagnostiska center inom både röntgen och fysiologi och närakuter.

Aktuella lokaliseringar är Täby sjukhus, Löwenströmska sjukhuset, Jakobsbergs sjukhus, Bromma sjukhus (äldreomsorg), Ersta/Rosenlund, Sabbatsberg, S:t Görans sjukhus (psykiatri och beroendevård), Dalen, Nacka och Handen.

De behöver emellertid kompletteras med närsjukvårdscentra som kan bestå av följande verksamheter.

- Husläkarverksamhet inkl BVC och MVC
- Basal och avancerad hemsjukvård
- Specialsjuksköterskor inom astma, hjärtsvikt/hypertoni och inkontinens
- Lokal psykiatri/beroendevård för vuxna och barn
- Rehabilitering, kurator, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och logoped
- Geriatrik med korttidsplatser

- Specialister i öppenvård (i första hand gynekologer, barnläkare och ortoped samt eventuellt t ex hudläkare, kirurger, kardiologer, ÖNH-läkare och ögonläkare)
- Konsulter inom endokrinolog-, reumatologi- och neurologi (några gånger per halvår)

Denna form av vårdutbud bör finnas i/på

Tumba, Huddinge, Nynäshamn, Hallunda, Vällingby, Brommaplan, Rinkeby, Kista (utvecklas), Tappström, Odenplan, Wollmar Yxkullsgatan, kring Serafen, Högdalen, Fruängen, Liljeholmen, Globen, Farsta, Skärholmen, Hökarängen (äldreomsorg), Solna Centrum (utvecklas) och Lidingö (utvecklas).

Flera av ovan nämnda närsjukhus och närsjukvårdscentra är redan etablerade enheter. Men det finns behov av att komplettera vårdutbudet bl a vad gäller ytterligare specialiteter genom samverkan med närbelägna akutsjukhus eller närsjukhus. Ett konkret exempel på denna utveckling är det kommande närsjukvårdscentrat vid Brommaplan (klart vid årsskiftet 2004/2005). Det kommer att bestå av en primärvårdsjour samt specialister som flyttat ut från S:t Görans sjukhus.

Ett annat konkret exempel är det närvårdsprojekt som satts igång i Skärholmen och som bl a innebär en samordning av tre vårdcentraler. För Skärholmen finns dessutom planer på att bygga ett nytt hus tillsammans med Stockholms stad i samband med en större ombyggnad av Skärholmens centrum. En samlokalisering av den vård som idag bedrivs på ett flertal olika adresser skulle då bli möjlig.

Etablerandet av Ersta sjukhus som ett närsjukvårdscentrum, i samverkan med Rosenlunds närsjukhus, förtjänar också det att lyftas fram som en utveckling som ligger i linje med 3 S – utredningens synsätt och förslag.

Beträffande Norrtälje och Södertälje sjukhus roll i närsjukvården pågår särskilda utredningar för att klargöra uppdragen.

En förstärkt hemsjukvård som är verksam dygnet runt är en förutsättning för en god vård i närsjukvårdsområdet. Kompetens ska finnas inom omvårdnad, allmänmedicin, psykiatri och geriatrik. Varje närsjukvårdsområde bör ha tillgång till ett akutteam som med kort varsel kan göra hembesök för bedömning av vårdbehov men också genomföra temporära sjukvårdsinsatser i avvaktan på att lämplig (a) andra vårdgivare kan kopplas in för tidigare inte kända vårdbehövande.

Även andra förändringar än de ovan nämnda kan bli aktuella inom närsjukvården.

Akutsjukvården

Den framtida strukturen för akutsjukvården kan beskrivas på följande sätt.

- Högspecialiserad vård koncentreras till Karolinska Universitetssjukhuset samtidigt som det sker en profilering och samordning av sjukhusets verksamheter i Solna och Huddinge
- En utflyttning sker av specialiserad vård från Karolinska Universitetssjukhuset till Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och S:t Görans sjukhus. Akutverksamhet som inte kräver sjukhusens resurser överförs till närsjukvården.
- Södertälje sjukhus och Norrtälje sjukhus akutsjukvårdsuppdrag utvecklas i samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus och tillsammans med respektive närsjukvårdsområden.
- De privata öppenvårdsspecialisterna knyts närmare den offentliga vården med gemensamma vårdprogram, efterutbildningsaktiviteter och för utbildning av studenter.
- Den akuta och elektiva vården separeras där så är möjligt och särskilda enheter eller produktionslinjer för planerad vård etableras inom sjukhusen eller som fristående enheter.
- Ambulanssjukvården integreras med den övriga akutsjukvården och den medicinska kompetensen i ambulanserna utnyttjas mer flexibelt för insatser inom såväl akutsjukvården som närsjukvården.
- Jour- och beredskapsverksamheten samordnas inom och mellan sjukhusen och även privata öppenvårdsspecialister engageras i verksamheten.
- Med stöd av en gemensam sammanhållen vårddokumentation (GVD) stärks den medicinska säkerheten och resursförbrukningen minskar.

Denna karaktäristik av den framtida akutsjukvården innebär, jämfört med vad som är tänkt att ske inom närsjukvården, en mer ”dramatisk” omställning.

En närmare beskrivning av sjukhusens uppdrag och det akademiska sjukvårdssystemet återfinns nedan samt i bilagorna 1 och 2.

Ett akademiskt sjukvårdssystem

Forskning

Den unika uppgiften för ett universitetssjukhus är att bedriva forskning och utbildning vid sidan av sjukvårdsuppdraget. Vid universitetssjukhuset ska sjukvårdsuppdraget på bästa sätt stödja forskning och utbildning. Med den definition av högspecialiserad vård som utredningen tillämpar innefattas även utvecklingen av ny diagnostik och ny behandling av folksjukdomar i begreppet högspecialiserad vård. Underlag för att bedriva forskning på folksjukdomar kommer att finnas inom universitetssjukhuset, som sammantaget får 1 200 – 1 300 slutenvårdsplatser (exkl Astrid Lindgrens Barnsjukhus) och en tillräckligt tilltagen öppenvårdsverksamhet, för att fullfölja uppdraget i samverkan med andra sjukhus genom multicenterstudier och forskning i nätverk.

Klinisk forskning och uppföljning kommer emellertid att behöva ske på alla vårdnivåer inom sjukvården och även inom den kommunala vården. Det kommer att ske genom att vissa forsknings- och utbildningsresurser koncentreras till några starka forskningscentra inom närsjukvården och övrig akutsjukvård samt genom att det skapas forskningsnätverk utgående från universitetssjukhuset. Karolinska Institutet och Karolinska Universitetssjukhuset får ett stort ansvar för att stödja en sådan utveckling. Samtidigt som ett nytt sjukvårdssystem växer fram kommer därför ett akademiskt sjukvårdssystem för forskning och utveckling att skapas.

Det är viktigt att det bedrivs högkvalitativ forskning inom närsjukvården. För att nå upp till den standard som krävs för att få internationell slagkraft krävs att dessa resurser koncentreras till en, kanske två, högst tre kliniska kunskapscentra. Detta kan ge den kritiska massa av professionell kompetens som behövs och som inte är möjlig om forskningsuppdraget sprids ut på för många centra. Dessa forskningsintensiva centra kan i sin tur bli nav för de övriga kompetenscentra som huvudsakligen har en utbildningsprofil. Ett forskningsnätverk kan också innebära att dessa senare kunskapscentra ingår i större patient och uppföljningsstudier. Implementering av forskningsresultat och utvecklingsarbete ska givetvis bedrivas inom hela närsjukvården.

Undervisning

Koncentration av högspecialiserad vård och teknikintensiv forskning till Karolinska Universitetssjukhuset innebär att en större andel av grundutbildningen av studenter (läkare och andra vårdstuderande) måste ske på andra sjukhus och inom närsjukvården. Om delar av undervisningen ska kunna flyttas ut krävs ett system där de akademiska lärarna bedriver sin undervisning utanför

universitetssjukhuset. Det akademiska sjukvårdssystem, som bryggas över från universitetssjukhuset till närsjukvården ska således även omfatta utbildning av studenter. I detta akademiska sjukvårdssystem blir målet att bibehålla och stärka sambandet mellan klinisk patientnära forskning och undervisning.

I det gemensamma förarbetet mellan landstinget och KI inför ALF avtalet togs ett förslag fram för att stärka den kliniska utbildningen. En särskild beredningsgrupp arbetar nu med ett förslag hur den kliniska utbildningen skall kunna stärkas genom ett mindre antal "Utbildningscentra", som skulle kunna lokaliseras på Danderyds sjukhus, Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset. Dessa är tänkta att fungera som "paraplyn" under vilket alla verksamma lärare och handledare – oavsett organisatorisk tillhörighet – kan samarbeta kring pedagogik och examination och utveckla tvärprofessionellt samarbete. Utbildningsverksamheten ska också vända sig till landstingsanställd personal. På sikt kan Utbildningscentra utgöra hemvist för en professor i klinisk medicinsk pedagogik

Framtida hälso- och sjukvårdspersonal behöver vid sidan av ämneskunskap också kunskap om det sammanhang vari hälso- och sjukvård bedrivs. Ett viktigt nästa steg blir därför att utveckla akademiska utbildningsmiljöer i närsjukvården. Dessa bör väljas utifrån ett antal kvalitetskriterier (stabil struktur, en minsta kritisk massa). KIs lärare och studerande får då kontakt med nya patientgrupper, det akademiska tänkandet inom vården kan stärkas och personalen kontinuerligt tillföras ny kunskap.

Genom minskningen av vårdvolymer och förändringar i patientsammansättning vid universitetssjukhuset kommer utbildningen av AT-läkare och ST-läkare i ökad utsträckning att behöva ske utanför universitetssjukhuset. Även för denna utbildning är det viktigt med ett ökat samarbete mellan närsjukvård, akutsjukhus och universitetssjukhus så att olika typer av vård ingår i utbildningen, dvs framför allt ST-läkarna kan under sin utbildning behöva tjänstgöra vid olika enheter och sjukhus. För Karolinska Universitetssjukhuset kommer förändringarna att innebära en ökad fokusering på specialistutbildning, forskarutbildning och efterutbildning av specialister.

Samverkan mellan närsjukvården och akutsjukvården

Stockholms nya sjukvårdsstruktur – 3S baseras på en nära samverkan mellan akutsjukvård och närsjukvård, mellan landsting och kommun och mellan privata och offentliga vårdgivare. Nedan beskrivs hur samverkan mellan akutsjukvård och närsjukvård kommer att fördjupas inom ramen för det nya sjukvårdssystemet.

Processorientering och kontinuerlig kunskapsöverföring

En tydlig utvecklingslinje är att vårdens olika nivåer blir mer tätt sammanvävda med varandra. En och samma patient kan under en vårdprocess utredas, behandlas och rehabiliteras inom den högspecialiserade vården vid universitetssjukhuset, specialiserade vården vid något av akutsjukhusen, inom närsjukvården och den kommunala hemsjukvården.

Utvecklingen påskyndas genom en väl fungerande kunskapsöverföring och kompetensutveckling inom sjukvården. Behandlingar som utvecklats inom den högspecialiserade vården måste spridas och tillämpas inom övrig akutsjukvård och närsjukvård. Med konsultstöd från akutsjukhusen kan fler patienter omhändertas inom närsjukvården.

Arbetet med att utveckla sammanhållna vårdkedjor pågår och har pågått sedan ganska lång tid tillbaka. Med sammanhållna vårdkedjor – från prevention, diagnostik, behandling och vård till uppföljning och rehabilitering – kan den medicinska säkerheten och resursutnyttjandet förbättras. Fokus riktas mot vårdprocesserna inom ett vårdområde (eller specialitet) och mindre mot den organisatoriska enhet där vården ges. Ett sådant koncept kan leda till en mer processorienterad organisation och till att beställning av vård delvis inriktas på vårdprocesser istället för enskilda vårdgivare.

En organisation baserad på sammanhållna vårdprocesser kan ge ökade möjligheter att fördela resurser till vården efter ett behovsperspektiv. Samtidigt underlättas uppföljning och kvalitetskontroll av vårdproduktionen då relationen mellan insatta resurser och resultat tydliggörs i processerna.

Kravet på tillämpning av standardiserade och evidensbaserade vårdprogram och styrande läkemedelsrekommendationer blir allt starkare. På många håll inom vården tillämpas alltjämt föråldrade, överksamma eller direkt skadliga behandlingsmetoder. Förutom att detta är till men för den enskilda patienten innebär det ett slöseri med resurser. I den mer processorienterade strukturen, där olika vårdformer knyts samman, blir gemensamma vårdprogram en viktig komponent.

Med en gemensam digital vårddokumentation (och gemensam läkemedelslista) ökar den medicinska säkerheten och optimeras resursanvändningen. Den gemensamma vårddokumentationen ger dessutom möjlighet att utveckla beslutsstöd med interaktiva vårdprogram, processtöd för att minska ledtiderna (väntetiderna till och mellan olika undersökningar och behandlingar) och den ger bättre möjlighet till uppföljning av vårdprocessernas resultat och kvalitet.

Sjukvård i nätverk

Det senaste decenniet har synen på öppen och sluten vård drastiskt förändrats. Endast de patienter som av medicinska skäl kräver sluten vård erbjuds vårdplatser på akutsjukhuset. Övriga patienter i behov av sluten vård erbjuds vård inom närsjukvården vid geriatriska vårdenheter och inom hemsjukvården. Samtidigt blir öppen vården vid sjukhusen alltmer kvalificerad och avancerade centra för diagnostik och behandling utvecklas. Utvecklingen går mot ett läge där allt mer sluten vård sker inom närsjukvårdens ram medan öppen vården ökar i anslutning till universitets- och akutsjukhusen eller vid fristående specialiserade centra, dvs särskilda diagnostiska och terapeutiska centra för diagnostik och behandling inom dagvård och öppenvård. Enheterna kan ha olika karaktär och profil och kan drivas av offentliga eller privata vårdgivare. Verksamheten kan domineras av elektiv öppenvårdskirurgi, dialysvård, eller huvudsakligen ha diagnostisk karaktär (röntgen, laboratorier).

Med telemedicinskt stöd kan kostnadseffektiva nätverk för sjukvård utvecklas. Då även avancerad medicinsk information överförs i realtid mellan olika vårdgivare har det blivit möjligt att skapa vårdprocesser där flera vårdgivare är engagerade och där kompetens och resurser gemensamt utnyttjas för att öka kvalitet och tillgänglighet. Den interna kommunikationen inom sjukhusen utvecklas, bl a när det gäller digital bildkommunikation och trådlös IT kommunikation, liksom primärvårdens kommunikation med akutsjukvården (konsultstöd). På motsvarande sätt ger telemedicinska lösningar inom närsjukvården nya möjligheter till kommunikation med såväl primärkommunal äldreomsorg som akutsjukhus.

Då kunskapsöverföring och kvalitetsuppföljning får större betydelse förstärks samtidigt samverkan mellan olika vårdgivare. Detta underlättas genom utveckling av ett akademiskt sjukvårdssystem samtidigt med det nya sjukvårdssystemet. Olika vårdgivare vävs samman med gemensamma utbildnings- och forskningsuppdrag.

Akademiskt sjukvårdssystem

Då Karolinska Universitetssjukhuset ges ett sjukvårdsuppdrag som i större utsträckning baseras på högspecialiserad och specialiserad vård måste utbildningsuppdraget, som redan nämnts, spridas till flera sjukhus och närsjukvården. Grundutbildning av studenter måste ske på många ställen inom sjukvården där patienter med de vanliga folksjukdomarna tas om hand.

Även klinisk forskning och uppföljning måste ske på olika håll inom sjukvården och även inom den kommunala vården. Karolinska Institutet och Karolinska

Universitetssjukhuset får ett stort ansvar för att stödja en sådan utveckling. Forskare bör ges möjlighet till tjänstgöring vid universitetssjukhuset under kortare eller längre perioder och resurser vid universitetssjukhuset (kompetens och utrustning) ska kunna ställas till förfogande vid forskningsprojekt vid andra sjukhus och inom närsjukvården. En utveckling längs dessa linjer innebär en påtaglig förändring jämfört med vad som gäller idag.

Ambulanssjukvård

Ambulanssjukvården genomgår en snabb utveckling. Då ambulanssjukvården får ökad medicinsk kompetens kan patienter bedömas och behandlas på plats och patienter med akuta sjukdomar och skador direkt transporteras till akutsjukhus med adekvata resurser eller till geriatrisk klinik. Målsättningen är att omflyttning av patienter mellan sjukhusen endast ska ske i mycket begränsad omfattning och att onödiga transporter till akutsjukhus ska kunna undvikas.

Enligt utredningens förslag ska ambulanssjukvårdens resurser samordnas med den nya vårdstrukturen så att de samlade resurserna kan utnyttjas på ett effektivare sätt. Den mobila medicinska resurs som ambulanssjukvården erbjuder kan i större utsträckning utnyttjas för medicinska insatser på plats. Oberoende av om patienten kontaktar ambulanssjukvården eller spontant söker en akutmottagning ska hon snabbt kunna bedömas och prioriteras för transport direkt till sjukhus med adekvata akutresurser. Vid behov ska behandling kunna inledas före och under transport. Patienter ska också kunna bedömas och behandlas på plats om ambulanstransport till sjukhus inte bedöms nödvändig.

Ökat nyttjande av telemedicin kommer att bli ett viktigt kvalitetshöjande verktyg inom ambulanssjukvården.

Sjukvårdsrådgivning

Patienternas tillgång till vårdutbudet måste stödjas av en lätt tillgänglig sjukvårdsupplysning och rådgivning. Telefonrådgivningen kompletteras med sjukvårdsupplysning och rådgivning via hemsidor (Vårdguiden). Inom närsjukvården inrättas för de olika närsjukvårdsområdena kompletterande sjukvårdsrådgivning.

Sjukvårdsrådgivningen har olika funktioner. Genom att ringa ett telefonnummer gemensamt för hela landstinget skulle vårdsökande vid akuta sjukdomstillstånd och skador snabbt kunna få adekvat hjälp. Det kan gälla såväl vid behov av prioriterad ambulanstransport som önskemål om hembesök av läkare eller sjuksköterska eller råd om egenvård.

Vårdsökande som inte har akuta sjukdomstillstånd eller skador men som önskar kontakt med sjukvården skulle även de kunna ringa ett telefonnummer för att få information om kontaktvägar till olika vårdgivare, aktuella öppettider, telefonnummer etc. Upplysningen skall även kunna förmedla tidbokning för besök direkt eller genom vidarekoppling av samtalet till respektive vårdgivare.

Landstingsstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott har givit ett särskilt utredningsuppdrag avseende sjukvårdsrådgivningen.

Målet med en väl utvecklad sjukvårdsrådgivning är att de vårdsökande skall få tillgång till rätt vård i rätt tid. En kategorisering och prioritering av de vårdsökande kommer dock alltid att bli nödvändig framför allt vid akuta vårdkontakter. Även här spelar sjukvårdsrådgivningen en viktig roll.

Akutsjukhusens uppdrag

Karolinska Universitetssjukhuset

”Högspecialiserad vård” definieras som

sådan vård (diagnostik och/eller behandling) som kräver särskild kompetens eller resurser och därför måste koncentreras.

Högspecialiserad vård avser utveckling av ny diagnostik och ny behandling av såväl sällan förekommande sjukdomar som folksjukdomar. Högspecialiserad vård är ett dynamiskt begrepp som förändras över tiden.

Högspecialiserad vård är multidisciplinär till sin karaktär och kräver tillgång till särskild professionell kompetens liksom till avancerad och dyrbar utrustning. Samverkan med annan högspecialiserad vård är viktig för att gemensamt kunna utnyttja kompetenser och resurser. Att sprida ut denna vård till flera olika enheter blir ineffektivt.

Då högspecialiserad vård innefattar utvecklingen av ny diagnostik och behandling är en nära relation till teknisk och medicinsk grundforskning och klinisk forskning av betydelse. Den högspecialiserade vården bör därför huvudsakligen lokaliseras till universitetssjukhuset. Vid större volymer kan högspecialiserad vård fördelas på ytterligare sjukhus eller till annat sjukhus om sambandet med annan högspecialiserad vård är svagare.

Samtidigt som en koncentration av högspecialiserad vård föreslås ske till Karolinska Universitetssjukhuset sker en samordning av verksamheter inom sjukhuset. Styrelsen för universitetssjukhuset har redan fattat vissa beslut om

detta. Samordningen utgår från befintlig verksamhet och den högspecialiserade vård (riks- och regionsjukvård) och de "centres of excellence" som idag kan identifieras vid de båda sjukhusen. De verksamheter och profilområden som har en potential att utvecklas och bli nationellt (och även internationellt) ledande ska ges infrastrukturellt stöd och resurser. Sambandet mellan olika forskningscentra kartläggs och de centra där samlokalisering är av betydelse för gemensamt resursutnyttjande och multidisciplinär forskning och utveckling identifieras. Istället för att eftersträva jämnast möjliga fördelning av forskningscentra och högspecialiserad vård mellan de två geografiskt åtskilda delarna sjukhusen bör en profilering ske.

Karolinska Universitetssjukhuset Solna

Vid en profilering av Karolinska Universitetssjukhuset Solna respektive Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge är det angeläget att se på respektive enhets särskilda förutsättningar och profil. Närheten mellan Karolinska Universitetssjukhuset Solna, KI och KTH måste utnyttjas och de synergieffekter som kan uppnås genom fördjupat interdisciplinärt forsknings- och utvecklingsarbete ska tas till vara. Då forskningslaboratorier byggs i direkt anslutning till en ny flexibel vårdbyggnad med modern infrastruktur kan detta ske. Den framstående forskningsverksamhet och de centra of excellence som idag finns vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna ska ges utvecklingsmöjligheter och stöd. I 3S utredningen och genom Karolinska Institutets s k aktivitetsparametrar har de olika profilområdena inom universitetssjukvården kartlagts. Vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna finns flera profilområden inom de stora folksjukdomarna som barnmedicin, kardiovaskulär vård, klinisk onkologi med patologi/cytologi, diabetes/metabolism och reumatologi. Ett traumacentrum har utvecklats. Dessutom finns stark klinisk genetisk forskning och klinisk neurovetenskaplig forskning.

Barnsjukvården vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna (Astrid Lindgrens Barnsjukhus) är ett viktigt profilområde med hög vetenskaplig aktivitet. Då verksamheten är mycket forsknings- och utvecklingsintensiv är närhet till andra discipliner inom forskning och sjukvård av stor betydelse. Om en ny sjukhusbyggnad som ersätter gamla Karolinska Universitetssjukhuset Solna byggs i den sydvästra delen av tomten måste en diskussion föras om hur sambandet med Astrid Lindgrens Barnsjukhus kan utvecklas. Liksom vid övriga Karolinska Universitetssjukhuset Solna bör barnverksamheten begränsas vad gäller akut bassjukvård.

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge beräknas komma att få oförändrad eller något ökad vårdvolym under den kommande 10-årsperioden även om antalet slutenvårdsplatser minskar. Detta är naturligt med tanke på att sjukhuset är det enda stora akutsjukhuset i den södra länsdelen och kompletteras här med Södertälje sjukhus. Sjukhuset behåller en större andel av den specialiserade akuta och planerade vården jämfört med Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Sjukhusets profilområden inom infektion, immunologi, organ- och celltransplantation, geriatrik, medicinsk endokrinologi och metabolism, medicinsk näringslära och klinisk farmakologi tydliggörs och utvecklingen mot centra of excellence förstärks. Den nära samverkan med Novumstiftelserna utvecklas liksom med Södertörns högskola. Sjukhusets ansvar för ett mångkulturellt upptagningsområde bör speglas i den utbildnings- och forskningsaktivitet som bedrivs vid sjukhuset. Samverkan med Södertörns högskola kan härvid få särskild betydelse.

Då Karolinska Universitetssjukhuset är ett sammanhållet sjukhus med två enheter är det naturligt att under det fortsatta profileringsarbetet verksamheter och kompetenser flyttar mellan sjukhusen. Målet måste hela tiden vara att optimera kompetens- och resursutnyttjandet. Härvid måste sambanden med annan verksamhet beaktas enligt ett clustertänkande.

På motsvarande sätt måste det gemensamma patientunderlaget vid de båda sjukhusen utgöra basen för forskning och undervisning. Ett större antal patienter med folksjukdomar kommer att vårdas vid Huddinge. Studentutbildningen kommer därför att vara mer omfattande vid Huddinge medan enheten vid Solna bedriver mer postgraduate utbildning och specialistutbildning

Sammantaget kommer verksamheten vid Huddinge att genomgå mindre förändringar jämfört med dagens bild än vad som blir fallet vid Solna. Den modernare infrastrukturen vid Huddinge har inneburit att fler verksamheter redan kunnat samordnas än i Solna med ett effektivare gemensamt resursutnyttjande som resultat (ex operations-, intensivvårds- och röntgenverksamheterna).

Danderyds sjukhus

Sjukvårdsuppdraget kommer att öka såväl vad avser akut som planerad vård. Då Karolinska Universitetssjukhuset Solnas akutmottagning begränsas kommer en stor del av patienterna (framför allt de ambulanstransporterade) att föras till Danderyds sjukhus. Samtidigt övertas specialiserad kirurgisk, ortopedisk och urologisk vård från Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Den rehabiliteringsmedicinska vården som idag bedrivs vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och Danderyds sjukhus samordnas till en klinik med placering vid Danderyds sjukhus.

Då huvuddelen av den högspecialiserade vården koncentreras till Karolinska Universitetssjukhuset kommer behovet av utbildningsplatser för ST och AT läkare samt studenter öka vid Danderyds sjukhus. Forskning kring de stora folksjukdomarna kommer att bli en viktig uppgift för sjukhuset och utbytet och samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset fördjupas inom detta område. Samverkan med Norrtälje sjukhus är en viktig uppgift för Danderyds sjukhus.

Sjukhusets vårdvolym ökar på både kort och lång sikt. I det korta perspektivet behövs förutom fler vårdplatser också utökad kapacitet vid akutmottagning, operationsavdelning och postoperativ avdelning.

Södersjukhuset

Liksom vid Danderyds sjukhus ökar behovet av utbildningsplatser för ST och AT läkare och studenter då universitetssjukhusets verksamhet fokuseras på den högspecialiserade vården. Även vid Södersjukhuset kommer forskning på de stora folksjukdomarna och akuta sjukdomar och skador vara ett profilområde. Utbytet och samverkan med Karolinska Universitetssjukhuset fördjupas.

Handkirurgi överförs till Karolinska Universitetssjukhuset Solna och audiologi till Rosenlunds sjukhus. Venhälsan knyts organisatoriskt till Karolinska Universitetssjukhuset. Kärllirurgi koncentreras till Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Specialiserad vård inom gynekologi, kirurgi, ortopedi och urologi övertas från Karolinska Universitetssjukhuset samtidigt som högspecialiserad vård överförs till universitetssjukhuset. Förlossningsverksamheten utökas successivt med upp till 2 500 förlossningar vilket också förutsätter en utökad neonatalverksamhet.

Sjukhusets totala vårdvolym blir större än dagens.

S:t Eriks Ögonsjukhus

Genom att verksamhetsmässigt samordna utvecklingen av den högspecialiserade ögonsjukvården som bedrivs av ögonsjukhuset med Karolinska Universitetssjukhuset ges ökade möjligheter till internationellt konkurrenskraftig forskning genom närheten till övrig neurovetenskaplig forskning både på universitetssjukhuset och Karolinska Institutet.

Den av SNUS-utredningen aktualiserade frågan om lokalisering av S:t Eriks Ögonsjukhus AB till Karolinska Universitetssjukhusets område i Solna har studerats vidare. Slutsatsen är att en sådan omlokalisering är fullt möjlig.

Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus

Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus utvecklas som akutsjukhus i samverkan med närsjukvården, ambulanssjukvården och övriga akutsjukhus. Tillsammans med Danderyds sjukhus respektive Södersjukhuset och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge ska gemensamma vårdprogram utarbetas. Sjukhusens framtida sjukvårdsuppdrag (akut och elektiv vård) kommer att tydliggöras i särskild utredning.

Båda sjukhusen ingår i det akademiska sjukvårdssystemet och medverkar i utbildning av studenter och den kliniska forskningen.

S:t Görans sjukhus

Sjukvårdsuppdraget utökas inom specialiserad vård medan viss högspecialiserad vård (bl.a. kärlkirurgi, esophaguskirurgi och högspecialiserad abdominell kirurgi) överförs till Karolinska Universitetssjukhuset. Akutverksamheten ökar då Karolinska Universitetssjukhuset Solna akutmottagning begränsas. Även viss geriatrisk vård kommer att behöva utökas för omhändertagande av äldre multi-sjuka patienter som tidigare omhändertogs vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna.

S:t Görans sjukhus medverkar vid klinisk forskning i samverkan med universitetssjukhuset och med utbildning av studenter, AT och ST läkare. Detta blir särskilt angeläget då Karolinska Universitetssjukhuset Solna koncentrerar sin verksamhet på högspecialiserad vård och forskning.

Vårdvolymerna ökar såväl inom akut vård som planerad specialiserad vård. Utökningen kan bli relativt omfattande beroende på fördelningen av vårduppdrag mellan Danderyds sjukhus och S:t Görans sjukhus.

Landstingsstyrelsen uppdrog den 21 september 2004 åt landstingsdirektören att ta upp förhandlingar med S:t Görans sjukhus om ett nytt vårdavtal där uppdraget till sjukhuset anpassas till 3 S-utredningens förslag.

Andra privata vårdgivare

Avtal med privata specialister utvecklas för att bättre integrera de privata vårdgivarna med den offentliga vårdens verksamhet. Samverkan i gemensamma vårdprocesser, medverkan i jour- och beredskap, deltagande i utbildning av studenter och AT/ST läkare eftersträvas. Diagnostiska och terapeutiska centra utvecklas med gruppläkarmottagningar och dagkirurgisk verksamhet. De privata specialisternas medverkan inom närsjukvården får ökad betydelse.

Förändringar av patientflöden

Under de kommande åren kommer vårdplatsbehovet vid akutsjukhusen och inom närsjukvården förändras. Vårdplatsbehovet påverkas såväl av de nya verksamhetsuppgifterna för sjukhusen och närsjukvården som av den fortgående medicinska utvecklingen med överföring av slutenvård till dagvård och öppen vård och den åldrande befolkningens ökade vårdbehov.

En samlad och tillförlitlig beskrivning av exakt vilka förändringar av patientflöden – och därmed av vårdplatsernas antal och fördelning - som utredningens förslag medför är av naturliga skäl inte möjlig. Det handlar om en förändringsprocess som sträcker sig över många år där alla konkreta komponenter i förändringen ännu inte är klarlagda. Även medborgarnas/patienternas rätt att själva välja vårdgivare påverkar i hög grad en flödesanalys. De sifferuppgifter rörande det mer kortsiktiga perspektivet och de bedömningar av det långsiktiga dito som redovisas måste därför behandlas med viss försiktighet.

Befintligt vårdplatsantal vid respektive sjukhus har analyserats. Vårdplatsbegreppet är ofta otydligt definierat. Som slutenvårdsplatser avses här platser för heldygnsvård men ej vårdplatser som utnyttjas för dagvård, uppvakning eller korttidsobservation.

Förändring i vårdplatsbehov har beräknats för fyra perioder. Periodiseringen skall ge en uppfattning om storleken och förändringstakten av vårdplatsbehovet. De aktuella förändringarna kommer dock att löpa parallellt och uppdelningen blir därför delvis fiktiv. För närsjukvården anges därför en successiv förändring under den kommande fem års perioden med utbyggnad av geriatrisk vård på vissa håll inom länet, vårdplatser för kroniskt sjuka och avancerad hemsjukvård. Vid akutsjukhusen kommer samtidigt med minskat behov av slutenvårdsplatser behovet av dagvårds- och öppenvårdslokaler att öka.

- A. Under 2005 sker en begränsning av akutverksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Samtidigt sker en omfördelning av specialiserad och högspecialiserad vård mellan Karolinska Universitetssjukhuset och de övriga sjukhusen.
- B. Under åren 2006 och 2007 har de samlade effekterna av ett mer rationellt vårdplatsutnyttjande vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna inräknats (sjukhusgemensamma vårdplatser).

- C. Efter utvärdering av steg A ovan fullföljs under perioden 2007 till 2010 förändringen av akutverksamheten vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna och begränsning av den elektiva bassjukvården. Vid Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge kommer utvecklingen av närsjukverksamheten att leda till viss minskning av det akuta bassjukvårdsflödet under perioderna 2006 -2007 respektive 2007 - 2010. Även vid de övriga akutsjukhusen kan en viss vårdplatsreduktion uppkomma då närsjukvården (geriatrik och hemsjukvård) successivt byggs ut.
- D. Vårdplatsreduktionen fr o m 2005 och fram till 2010 avser den fortgående medicinska utvecklingen med successiv överföring av slutenvård till dagvård och öppen vård.

Eventuella förändringar vid Astrid Lindgrens barnsjukhus med begränsning av det akuta bassjukvårdsuppdraget har inte inräknats i tabellen nedan. Norrtälje och Södertälje sjukhus utveckling som akutsjukhus kan eventuellt påverka vårdplatsbehovet vid framför allt Danderyds sjukhus och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, men det har inte kunnat beaktas i det här sammanhanget. Behovet av slutenvårdsplatser förändras även marginellt då handkirurgin överförs från Södersjukhuset till Karolinska Universitetssjukhuset. Detta har inte medräknats i nedanstående tabell som endast ska ses som en uppskattning av det framtida vårdplatsbehovet.

Uppmärksammas bör att samtidigt som det totala antalet slutenvårdsplatser minskar sker en ökning av dagvård och öppenvård vid akutsjukhusen.

	Antal vårdplatser (vpl)						Summa förändring
	Karolinska, exkl ALB		DS	SÖS	StG	Närsjukvården	
	Solna	Huddinge					
Befintligt antal vpl	709 ¹	810 ²	419	534	234	Ca 1 800 ³	
A. År 2005	- 90	---	+ 35	+ 10	+ 25	+ 20	0
B. Åren 2006-2007	- 40	- 10	---	---	---	+ 20	- 30
C. Åren 2007- 2010	- 45	- 10	+ 15	+ 10	+ 15	+ 20	+ 5

¹ Exkl ALB (181 vpl) och externa vårdplatser vid Danderyds sjukhus och Löwenströmska (57 vpl)

² Inkl geriatrik (66 vpl) och barnsjukvård (60 vpl)

³ Härutöver finns ca 830 ASiH-platser, dvs platser i hemmet

D. Åren 2005-2010	- 25	- 25	- 15	- 10	- 10	+ 40	- 45
S:a förändring	- 200	- 45	+ 35	+ 10	+ 30	+ 100	- 70
Antal vpl 2010, cirka	510	765	455	545	265	1 900	

I bilaga 4 finns en beskrivning av patienternas vårdkontakt vid några olika sjukdomstillstånd.

Det nya universitetssjukhuset i Solna

Den snabba medicinska och tekniska utvecklingen och de allt starkare sambanden mellan preklinisk och klinisk forskning och sjukvård ställer stora krav på sjukvårdens infrastruktur. Genom att samla högspecialiserad vård och resursintensiv forskning till Karolinska Universitetssjukhuset skapas goda förutsättningar att fördjupa samverkan mellan KI, KTH, Stockholms Universitetet och sjukvården.

Utredningen har studerat tre alternativ (ny sjukhusbyggnad, partiell nybyggnation och successiv upprustning av befintliga byggnader) vad gäller att få till stånd ett nytt, modernt universitetssjukhus i Solna (se bilaga 3). Det är dock utredningens mening att det endast finns ett alternativ som på ett effektivt sätt harmonierar med universitetssjukhusets uppdrag. Det är detta alternativ som beskrivs närmare nedan.

I planerna för en ny sjukhusbyggnad på Karolinska Universitetssjukhuset Solna-tomten utgör integrationen mellan fakultet och sjukhus en viktig komponent. Lokaler och resurser ska kunna samutnyttjas. Den nya sjukhusbyggnaden ska kännetecknas av stor generalitet med möjlighet till flexibelt lokalutnyttjande.

Det nya sjukhuset blir mindre och mer profilerat än dagens Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Sjukhuset dimensioneras för ca 500 vårdplatser (exkl ALB) och omfattande öppenvård. Intensivvård, intermediärvård och postoperativ vård svarar för 20 % - 25 % av vårdplatserna och dagvård för ca 20 %. Till sjukhuset dockas en större laboratoriebyggnad och ett patienthotell för anhöriga och patienter.

Den nya universitetssjukhusbyggnaden med ca 500 vårdplatser föreslås bli lokaliserad invid Solnavägen i sydvästra hörnet av Karolinska sjukhusområdet. Byggnaderna placeras så att en stark samverkan kan uppnås mellan sjukvården och forskningen samt mellan sjukhusområdet och Karolinska Institutet på andra sidan Solnavägen. Förslaget till det nya forskningslaboratoriet i anslutning till sjukhuset är tänkt att ersätta de tidigare planerade laboratoriebyggnaderna Solna-

och Hagalaboratorierna. Förberedelser görs även för integration av gatustruktur och kvartersstorlekar inför den planerade bebyggelsen av Norra stationsområdet. Sjukhuset ska dock kunna fungera utan att en överdäckning av Norra stationsområdet kommer till stånd. I anslutning till det nya sjukhusets entré föreslås en platsbildning invid Solnavägen med tunnelbaneuppgång och busshållplatser. Parkering föreslås bli förlagd i garage under mark. I det kommande programarbetet kommer fokus att ligga på ett program som underlättar utvecklingen av ett nationellt och internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus för sjukvård, forskning och undervisning genom bättre lokalsamband som underlättar multidisciplinärt samarbete och optimal resursutnyttjande.

Sjukhusets fysiska omfattning uppgår till 126 000 m² bruttoarea inklusive en gemensam administration med Karolinska Institutet och de nya forskningslaboratoriernas vars omfattning föreslås uppgå till 40 000 m². Därutöver tillkommer befintliga kliniska laboratorier om 45 000 m², nybyggnad för teknik- och försörjningsfunktioner om 40 000 m² samt garage för ca 2300 bilar om 70 000 m². Totalt för sjukhuset således 321 000 m² bruttoarea. För sjukhuset finns även behov av ett patienthotell i anslutning till nybyggnaden som kan uppföras och drivas i annan regi. Programarbetet kommer att inriktas på att få en byggnad med hög kostnadseffektivitet och god driftekonomi med stöd av modern infrastruktur.

Den nya sjukhusbyggnaden förbereds för framtida förändringar i såväl sjukdomspanorama som sjukhusets organisation och funktionssammansättning. Byggnadsstrukturen föreslås bli separerad från lokalernas inredning vilket innebär att sjukhuset kan inredas helt efter vårdens behov utan att byggnadens struktur påverkas. Maximal flexibilitet skapas då för verksamheterna eftersom samtliga plan i byggnaden kommer att ha identiska tekniska egenskaper. Under programskedet kommer olika modeller som möjliggör återkommande lokalanpassning till den medicinska och tekniska utvecklingens krav och behov genom generell och flexibel lokalutförning att vidareutvecklas.

Den kalkylerade investeringsutgiften de närmaste tio åren för ett nytt universitetssjukhus samt för åtgärder i befintlig bebyggelse redovisas i tabellen nedan. Investeringsciffrorna baseras på schablonberäkningar.

Investering, nytt universitetssjukhus

Mkr

Ny byggnad	6 500 – 7 000 mkr
Ny utrustning	2 000 – 3 250 mkr
Ränta under byggtid	900 mkr

Bokförda värden, rivning	280 mkr
S:a nytt universitetssjukhus	9 680 – 11 430 mkr
Fastighetsägarinvesteringar i befintlig bebyggelse	350 - 400 mkr
S:a investeringar Karolinska Universitets- sjukhuset Solna	10 030 – 11 830 mkr

Noteras ska att de fastighetsägarinvesteringar, dvs åtgärder som krävs för att vidmakthålla byggnadernas funktionalitet, som bedöms krävas i befintlig bebyggelse inte ger hela bilden av investeringsbehovet. Därtill kommer investeringar som kan behöva ske av verksamhetsmässiga skäl. Även om dessa måste hållas på en absolut miniminivå kan de inte helt undvikas. Hur stora de kan tänkas bli under den kommande tioårsperioden går det ännu inte att bedöma. Det investeringsbehov som f n är känt uppgår till storleksordningen 140 mkr.

Om nivån på fastighetsägarinvesteringarna skall kunna hållas på 350 – 400 mkr förutsätts att fastighetsunderhållet kan ligga på ca 130 kr/kvm i snitt per år. Till ovan redovisade investeringar skall läggas

- flytt- och evakueringsåtgärder som kan komma att krävas
- omlokalisering av S:t Eriks ögonsjukhus till Solna samt
- patienthotell och forskarbostäder (som förutsätts finansieras av annan part).

Hyran för det nya sjukhuset, baserad på en byggkostnad på 6 500 – 7 000 mkr, kan beräknas till ca 4 000 kr/kvm, vilket kan jämföras med dagens hyra på knappt 1 900 kr/kvm. Alternativen ”partiell nybyggnation” och ”successiv upprustning av befintliga byggnader” ger både en högre hyra än nybyggnadsalternativet.

En utförsäljning av hela resterande sjukhusområde, vilket dock inte torde vara aktuellt, beräknas ge en reavinst på knappt 870 Mkr baserad på en köpeskilling på ca 1 900 Mkr.

Byggnationen av ett nytt universitetssjukhus bör tid- och byggnadsmässigt samordnas med en ny tunnelbanesträckning från Odenplan. Planering för detta pågår inom SL och utredningen föreslår nu att bolaget får ett konkret uppdrag att driva denna fråga vidare. Någon säker uppgift om vad investeringsuppgiften kan komma att uppgå till finns ännu inte. Men underhandsuppgifter talar om storleksordningen 800 mkr.

Nästa steg i arbetet med det nya universitetssjukhuset förutsätter anlitan­de av arkitekter och tekniska konsulter. Upphandling av tjänster från dessa föreslås ske genom en formgivningstävling. Primära kriterier i det fortsatta arbetet blir att säkerställa att attraktiv patientmiljöer och arbetsmiljöer blir ett kännemärke för det nya sjukhuset. En detaljerad planering av universitetssjukhuset innehåll måste också ske.

Kostnaderna för det närmast i tiden liggande planeringsarbetet beräknas till 80 mkr enligt följande.

<u>Aktivitet</u>	<u>Kostnad</u>
Formgivningstävling inkl arvoden och priser	10 mkr
Programhandlingar inkl erforderliga utredningar	65 mkr
Utveckling av befintligt KS Solna-område samt plankostnader	5 mkr

I det förslag till budget och investeringsplan som landstingsstyrelsens förvaltning ska lägga fram i mitten av oktober kommer dessa medel att inarbetas.

I dagsläget bedöms att inflyttning i det nya universitetssjukhuset kan påbörjas 2012 och vara avslutad ca tre år senare. Under programskedet kommer en säkrare tidplan att tas fram som också blir ett styrinstrument för det fortsatta arbetet.

I ett tidigt skede i utredningen om det nya universitetssjukhuset har hållbarhetsfrågorna haft en central roll. Som vägledning och styrinstrument för det fortsatta arbetet har i denna utredningsetapp en hållbarhetsstrategi för 3S tagits fram. I det fortsatta programarbetet kommer strategierna att brytas ner till konkreta mål som blir styrande i det fortsatta arbetet.

Övriga fastighets- och lokalfrågor

Genomförandet av utredningens förslag kommer att kräva vissa investeringar även vid andra akutsjukhus, inkl Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, och inom närsjukvården.

Akutsjukhusen

Följande investeringsbehov är f n möjliga att identifiera.

<u>Akutsjukhus</u>	<u>Investering</u>	<u>Kommentar</u>
Karolinska Universitets- sjukhuset Huddinge	70 mkr	Diverse anpassningsåtgärder
Danderyds sjukhus	20 –25 mkr	Lokalanpassningar främst avseende akutvården
	(100 mkr)	Se kommentar nedan
Södersjukhuset	50 –55 mkr	BB-, vård- och neonatalavdelningar
		Se även kommentar nedan
SUMMA	140 – 150 mkr	

När det gäller S:t Görans sjukhus, Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus finns det f n ingen bedömning av investeringsbehovet. För det förstnämnda sjukhuset kommer frågan att tas upp i förhandlingarna om nytt vårdavtal. Bedömningen av vilka investeringar som kan behöva ske i Norrtälje respektive Södertälje får anstå tills pågående utredningsarbete rörande de två sjukhusen har slutförts.

För Danderyds del pågår planering av en ny byggnad som skall innehålla akutmottagning, centraloperation mm Denna investering, som är kostnadsberäknad till ca 450 mkr, bedöms krävas oberoende av 3 S – utredningens förslag. Eventuellt kan dock den nya byggnaden behöva förses med ytterligare ett våningsplan vilket ökar investeringen med ca 100 mkr. För Södersjukhusets del gäller att upprustning av bl a operationslokaler kan bli nödvändig helt oberoende av 3 S-utredningens förslag.

Närsjukvården

Locum AB och landstingsstyrelsens förvaltning har i uppdrag att definiera vilka fastigheter och lokaler som är strategiska för landstingets verksamhet. I rapporten redovisas förslag till strategiska lokaliseringar av närsjukhus och närsjukvårdscentra. I detta skede kan konstateras att de patientströmmar som initialt förutsätts flytta från sjukhusens akutmottagningar till närsjukvården endast kräver begränsad lokalmässig kapacitetsökning jämfört med akutsjukhusens investeringsbehov. Utökningen av lokaler sker främst i Stockholms kommun, medan lokalpåverkan i kranskommunerna bedöms som ringa. Inom Stockholms kommun kommer verksamheten inom fem närsjukvårdscentra att utökas. Exempelvis kommer Brommaplans närsjukvårdscentrum att kompletteras med specialistläkare från S:t Görans sjukhus, jourläkarmottagning från Spånga, familjecenter i samarbete med stadsdelsförvaltningen, BUP från Vällingby centrum

samt ev röntgen. Tillkommande årshyror uppskattas till 10-15 Mkr. Investeringar för fast utrustning för nyetableringar inom olika närsjukvårdscentra uppskattas till 10-15 Mkr.

I Skärholmens centrum planeras ett närsjukhus. En sammanläggning av den vård som idag bedrivs på ett 15-tal olika adresser blir då möjlig. Planer finns på att bygga ett nytt hus tillsammans med Stockholms stad i samband med den stora ombyggnaden och utvecklingen av Skärholmens centrum. Tillkommande årshyra uppskattas till ca 15 Mkr och kostnader för fast utrustning till 50 Mkr.

Nuvarande lokaler för närsjukvård motsvarar inte alltid de krav som den nya sjukvårdsstrukturen ställer. Förutom höjda krav på tillgänglighet i form av bl a öppethållande och telefonservice bör närsjukvården erbjuda mer attraktiva lokaler för att patienterna ska finna fullgoda alternativ till sjukhusens akut-mottagningar. Närsjukhusen, vårdcentralerna och närsjukvårdscentra bör ges effektivare lokaler, mer enhetlig profil och ökad fysisk tillgänglighet. Lokalerna ska vara representativa och erbjuda patient- och arbetsmiljöer som bidrar till hälsa, effektivitet och god ekonomi. Lokalprogram och standards bör utarbetas så att patienterna kan garanteras en god service och ett fullgott och säkert fysiskt omhändertagande. Denna typ av satsningar, som under alla förhållanden bör göras, har inte kunnat kostnads kalkyleras i dagsläget.

Även inom andra områden måste successiv uppgradering troligen ske för att inrymma ökat antal patienter och funktionalitet för specialister. Insatserna kommer att få varierande karaktär beroende på om berörda fastigheter är i landstingets ägo eller hyrs in från andra fastighetsägare. I egna fastigheter kan investeringar erfordras, i inhyrda lokaler måste förhandlingar föras med andra fastighetsägare om nödvändiga investeringar och hyreskonsekvenser.

Utredningen föreslår att Locum AB får i uppdrag att i samråd med landstingsstyrelsens förvaltning och Stockholms läns sjukvårdsområde inventera och sammanställa vilka investeringsbehov och andra insatser som krävs i dessa lokaler. Lokalmässiga konsekvenser av att FoUU-verksamhet skall bedrivas på vissa ställen inom närsjukvården skall studeras. Uppdraget ska slutföras i sådan tid att det kan beaktas vid fastställande av investeringsplan för perioden 2006 – 2010.

Arbetet med att definiera de strategiska lokalerna utgår inledningsvis från utredningens förslag beträffande sjukhusens och närsjukvårdens uppdrag och dagens lokalbestånd, men bör kompletteras med analyser utifrån flera kriterier såsom

- Demografiska data rörande befolkningssammansättning, befolkning-utveckling, hälsotillstånd och social struktur
- Kommunikationer
- Tillgång till lämpliga lokaler oavsett ägarförhållanden
- Möjligheter till samlokalisering och samarbete i linje med de ambitioner som 3S-utredningen föreslagit

Ekonomi

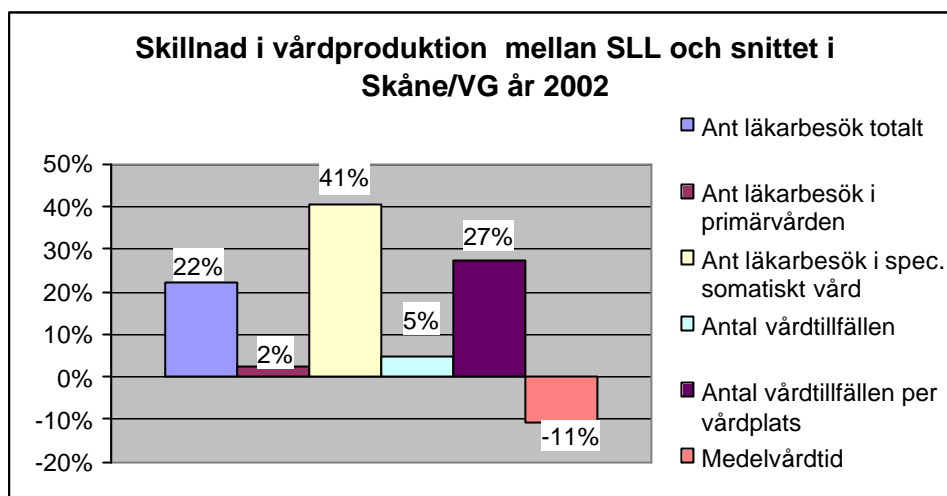
Det hade självfallet vari önskvärt att i det här sammanhanget kunna ge en samlad bedömning av vilka (drifts) ekonomiska effekter som utredningens förslag medför. Det är dock, delvis av samma skäl som nämnts ovan rörande patientflödesförändringarna, inte görligt. Den konkreta ekonomiska analysen liksom prövningen av de olika förändringsstegens ekonomiska hållbarhet måste ske successivt och i första hand inom ramen för det årliga budgetarbetet.

Utredningen redovisar i bilaga 5 ett antal ekonomiska frågeställningar av mer generell art. En sammanfattning av dessa finns nedan.

Dagens sjukvårdskostnader

Under 1990-talet har svensk hälso- och sjukvård genomgått stora förändringar. Kostnadsutvecklingen har påverkats av det förändrade vårdbehovet, utbudet, efterfrågan men även av den medicinska teknologiska utvecklingen. I dag ligger andelen av BNP för svensk hälso- och sjukvård nära genomsnittet för EU-länderna. År 2002 uppgick siffran till 9,2 % av BNP. Den totala hälso- och sjukvårdskostnaden uppgick år 2002 till 130 miljarder kronor.

Stockholms läns landsting, Region Skåne och Västra Götalandsregionen är relativt jämförbara. Detta i kombination med att liknande strukturförändringar genomförs gör det intressant att jämföra respektive landsting/regions sjukvårdskostnader, kostnadsnivå och vårdutnyttjande. Nettokostnaden per invånare i Stockholms läns landsting är 15 150 kronor och ligger 7 % högre än genomsnittet.



Stockholms läns landsting har en genomgående högre produktion av antalet läkarbesök och antal vårdtillfällen. Vårt landsting ligger t ex 22 % högre i antal läkarbesök när antalet jämförs med det genomsnittliga värdet i Region Skåne och Västra Götalandsregionen. Medelvårdtiden i länet är lägre och ligger 11 % under det genomsnittliga värdet.

Framtidens sjukvårdskostnader

Framtidens kostnadsutveckling är till stor del beroende av hur behovet, utbudet och efterfrågan av vård samt hur den medicinsk teknologiska utvecklingen hanteras. Om inte utbudet anpassas till det verkliga behovet och om inte den framtida patientens efterfrågan hanteras och bemöts med t ex rätt information och rådgivning är risken stor att en negativ kostnadsutveckling sker inom vården som en följd av en över- och/eller underutnyttjad vård. Att följa, styra och påverka dessa faktorer samt hanteringen av den medicinsk teknologiska utvecklingen kommer att vara avgörande för hur de framtida kostnaderna inom sjukvården utvecklas.

Generella resonemang kring kostnadseffektiv sjukvård

För att skapa en kostnadseffektiv sjukvård krävs ett effektivt resursutnyttjande. Detta innebär att vårdstrukturen bör byggas så att vården kan maximera vårdproduktionen och på så sätt nå skalfördelar, så att bästa möjliga kvalitet kan nås till lägsta möjliga resursåtgång. Genom bra information, rådgivning, rätt prioritering och samarbete kan patienten vårdas på rätt vårdnivå, antalet undersökningar minimeras och ett effektivt flöde av patienter uppnås. På så sätt används utrustning, lokaler, personal med rätt kompetensnivå på det mest effektiva sättet.

Finansiering av ett nytt universitetssjukhus

I bilagan 5 beskrivs olika finansieringsalternativ, bl a PPP-finansiering. Vilken finansieringsform som bör väljas vid byggnation av ett nytt universitetssjukhus får läggas fast i sett senare skede då arbetet med ett mer förfinat underlag kommit längre.

Genomförande, fortsatt utredningsarbete samt ledningsorganisation

Genomförande

Omdaning av landstingets sjukvårdsstruktur är en process som redan pågår. De första stegen togs, som redan nämnts, genom de beslut landstingsfullmäktige fattade förra hösten avseende budget 2004 och planering för 2005 – 2006. Besluten om att skapa Karolinska Universitetssjukhuset genom sammanläggning av de två tidigare universitetssjukhusen, den stegvisa begränsningen av akutmottagningen vid Karolinska Universitetssjukhuset Solna, förändringar inom medicinska specialiteter såsom audiologi, hud m fl är alla att se som led i förverkligandet av 3 S-intentionerna. Ytterligare steg har tagits genom det uppdrag landstingsstyrelsen gav den 24 augusti 2004 avseende koncentration av den högspecialiserade vården.

Genomförandet av alla de förändringar som ska utmynna i en ny sjukvårdsstruktur är en process som kommer att omfatta flera år. Helt kommer den inte att vara klar förrän det nya universitetssjukhuset i Solna tas i drift om 8 - 10 år och även tiden därefter kan komma att innehålla förändringar till följd av de förslag som nu läggs fram. Med tanke på genomförandets utsträckning i tiden är det inte lämpligt – och knappast heller möjligt – att nu låsa en exakt plan för det återstående genomförandet. Det måste ske flexibelt och med hänsynstagande till de förändrade omständigheter som säkert kommer att uppstå under processen.

Några principiella grunder för genomförandet bör dock anges redan nu.

- *Samtliga strukturellt viktiga förändringar ska läggas fast genom politiska beslut. I första hand är det fullmäktige som fattar dessa beslut.*
- *Förändringsprocessen ska präglas av en nära dialog med personalen och deras fackliga organisationer.*
- *Förslag till och beslut om strukturella förändringar ska så långt möjligt koncentreras till det årliga budgetarbetet. Det kan inte uteslutas att beslut kommer att behöva tas även vid andra tillfällen men det ska vara en strävan att integrera de sjukvårdsstrategiska frågorna i*

budgetarbetet. Därigenom sätts frågorna in i ett verksamhetsmässigt och ekonomiskt helhetsperspektiv.

- *En parlamentarisk grupp bör ha i uppgift att leda dels planering och byggnation av det nya universitetssjukhuset, dels planering och genomförande av viktigare strukturförändringar*
- *På central tjänstemannanivå ansvarar koncernledningen för samordning mm av genomförandet. Ansvaret för att samordna, följa och vid behov stödja genomförandet som krävs från centralt håll i landstinget måste ligga på koncernledningen. Därigenom tryggas det samarbete mellan beställar- och ägarfunktionerna som är helt nödvändig. Förändringarna ska konfirmeras i överenskommelser/avtal mellan beställare och utförare.*
- *Genomförandeansvaret följer linjeorganisationen. Ansvaret för arbetet med att konkret genomföra beslutade förändringar åligger respektive sjukvårdsproducent.*
- *Tidigt i planeringsarbetet måste effekterna för forskning och utbildning analyseras och respektive vårdansvarig måste ges ett tydligt forsknings- och utbildningsuppdrag. Arbetet med dessa frågor måste ske i nära samverkan med Karolinska Institutet.*
- *Ett tydligt ansvar måste finnas för koordination inom närsjukvården. Närsjukvården ska, som framgår av närsjukvårdsutredningen, präglas av en långt gående samordning och samverkan mellan olika aktörer. Utifrån av beställaren formulerade krav, som grundas på befolkningens hälsotillstånd och vårdbehov, åvilar detta ansvar Stockholms läns landstings sjukvårdsområde.*

Ett betydelsefullt inslag i genomförandeprocessen blir att tillsammans med i första hand Karolinska Institutet diskutera och lösa de ekonomiska mellanhavanden som byggnationen av ett nytt universitetssjukhus aktualiserar. Avsikten är nämligen, som framgår av utredningens förslag, att vissa lokaler ska samutnyttjas av landstinget och institutet medan institutet helt för egen del ska kunna nyttja andra lokaler. Till detta kommer att det nya sjukhuset ska innehålla laboratorier för forskningsändamål.

Fortsatt utredningsarbete

Några frågor måste belysas och utredas ytterligare innan beslut kan fattas.

<u>Område</u>	<u>Att utreda</u>
Samverkan (LSS)	Samverkan kring patienter med varaktiga och omfattande fysiska eller psykiska funktionshinder (enligt LSS)
Investeringar	Kartläggning av investeringsbehov
FoUU	Utformning av FoUU-verksamheternas lokalisering mm
Sjukvårdsrådgivning	Strategi för sjukvårdsupplysningens utformning, ansvar mm
Hudsjukvård	Sammanhållen struktur/organisation för dermatologi/ vene-reologi.
Geriatric	Former för forskningssamverkan mellan Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge och närsjukvården
Hematologi	Samordning av verksamheten mellan Karolinska Universitetssjukhuset och Södersjukhuset inkl åtgärder mot kostnadsutvecklingen för läkemedel
Intensivvård	Analys av aktuell bemanningssituation samt förslag till åtgärder
Laboratoriemedicin	Förutsättningslös översyn av den framtida laboratorieverksamheten
Medicinsk endokrinologi och metabolism	Utarbetande av vårdprogram
Njurmedicin	Samordnad upphandling av utrustning och material för dialysvården. Utvärdering av hemodialysen i hemsjukvården
Onkologi	Samordnade vårdprogram för palliativ onkologi
Ortopedi	Ev etablering av en särskild elektiv enhet (inkl kostnadsanalys, samverkansfrågor mm)
Psykiatri	Samverkan mellan närsjukvården och Karolinska Universitetssjukhuset
Radiologi	Långsiktig och samordnad investeringsplan för avancerad röntgenutrustning
Ögonsjukvård	Samordningsbehov mellan Karolinska Universitetssjukhuset och S:t Eriks ögonsjukhus vad gäller den högspecialiserade ögonsjukvården
Öronsjukvård	Program för samordning av verksamheten mellan Karolinska Universitetssjukhuset och privata vårdgivare
Ambulanssjukvården	Organisation mm

Särskild ledningsorganisation

Det fortsatta arbetet med att genomföra strukturförändringarna inom hälso- och sjukvården, att utreda ännu öppna frågeställningar samt, inte minst, att planera och uppföra ett nytt universitetssjukhus i Solna måste ledas och samordnas från landstingscentralt håll.

Förslag till såväl politisk ledningsorganisation som lednings- och projektorganisation på tjänstemannaplanet kommer att framläggas senare, dock före årsskiftet 2004/2005.

Uppföljning

Koncernledningen liksom varje berörd annan enhet inom hälso- och sjukvården har ansvar för att följa upp strukturförändringarna. Det avser såväl att det genomförs på avsett sett som vilka effekter de får för patienter, anställda, landstingets ekonomi mm.

När det gäller förändringar av det slag som utredningen föreslår finns det goda skäl att vid sidan av den löpande, reguljära uppföljningen även genomföra särskilda utvärderingsaktiviteter. Utredningen för därför diskussioner med Karolinska Institutet (Medical Management Centrum) om att genomföra vetenskapliga studier med inriktning på den nya akutsjukhusstrukturen.

Hälso- och sjukvården i det långsiktigt hållbara samhället

En av de bärande principerna i utredningens förslag är att skapa förutsättningar för en mer långsiktigt hållbar utveckling av vården. Den medicinska och tekniska utvecklingen ska tas till vara och vård med hög kvalitet, god tillgänglighet och kontinuitet ska skapas inom de givna ekonomiska ramarna. Forskning, undervisning och sjukvård samordnas inom ramen för ett akademiskt sjukvårdssystem i nära samverkan mellan Karolinska Institutet, övriga universitet och högskolor och landstinget.

Återkommande och ostrukturerade förändringar av verksamheters styrning, organisation och innehåll måste undvikas liksom förgävesinvesteringar i lokaler och utrustning.

I ett långsiktigt hållbart samhälle finns också en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Dess viktigaste uppgift är att bereda alla medborgare lika möjlighet till ett liv med god hälsa, såväl fysiskt som mentalt. God hälso- och sjukvård innebär i första hand att uppkomst av sjukdom och lidande förhindras, och i andra hand att dessa tillstånd botas eller lindras. Framtida hälso- och sjukvård bör fungera som ett samspel mellan individen och samhället där båda parter inser sina

respektive roller och agerar utifrån sina egna förutsättningar. Hälso- och sjukvårdens resultat bör inte mätas i vårdtillfällen eller operationer, utan i termer som reflekterar det fysiska och mentala hälsotillståndet hos medborgarna. Metoderna för att åstadkomma detta utvecklas kontinuerligt.

I ett långsiktigt hållbart samhälle tar individen ett större ansvar för sin egen hälsa än idag. Kunskapen om livsstilens inverkan på hälsan är större och beaktas i högre utsträckning. Därmed minskar förekomsten av kostrelaterade sjukdomar som bl.a. övervikt, diabetes, hjärtinfarkt, stroke och många typer av cancer.

Det långsiktigt hållbara samhället spelar en viktig roll i hälsovården genom att motverka socialt utanförskap, överutnyttjande i arbetslivet, diskriminering och utslagning av lågpresterande medborgare. Insikten om att samhällsstrukturen har en betydande inverkan på hälsotillståndet i befolkningen stimulerar kontinuerligt till åtgärder som även ger sociala minoriteter möjlighet till en dräglig tillvaro. De förebyggande samhällsinsatserna börjar redan under moderns graviditet och följs sedan av aktiv barnavård, skolhälsovård och kunskapsinriktad hälsoinformation till den vuxna individen. Även daghem, förskola, skola och postgymnasial utbildning har viktiga roller i det förebyggande hälsoarbetet.

Med ovanstående som utgångspunkt blir frågan om hälso- och sjukvårdens organisation och metodik helt underordnad dess resultat och effekter. Hälso- och sjukvårdens enda mål ska vara att medverka till god hälsa hos befolkningen under beaktande av demokratiska spelregler, hållbar samhällsutveckling, jämställdhet och högtstående etik. Den ska inte vara ett instrument för särintressen.

Hälso- och sjukvården har sålunda en nyckelroll i det långsiktigt hållbara samhället. Det sociala ansvaret riktas emellertid inte bara utåt, mot medborgarna, utan också inåt, till de egna medarbetarna. Även som arbetsgivare måste hälso- och sjukvården motverka utanförskap och utslagning och verka för jämställd utveckling av alla medarbetare efter deras förutsättningar. Trivsel på arbetsplatsen är en självklar förutsättning för en god yrkesprestation.

En långsiktigt hållbar samhällsutveckling kan inte ske utan omställning av samhällsekonomin. En ökad livslängd med bättre hälsa än idag måste leda till ett längre yrkesaktivt liv, eftersom samhället inte förmår försörja en alltför stor andel icke producerande medborgare. Den minskade utslagningen och utanförskapet gör dock att samhällets välfärdskostnader minskar. En betydligt större del av hälso- och sjukvårdskostnaderna läggs på förebyggande insatser. Den medicintekniska utvecklingen leder till fortsatt förkortade vårdtider, och tumörsjukvården kommer i ett längre perspektiv att kräva mindre resurser. Betydelsen av en god terminalvård kommer att uppvärderas på bekostnad av rent livsförlängande tekniska insatser. Den medicintekniska utvecklingen kommer även

fortsättningsvis att erbjuda förbättrad diagnostik och terapi, men till skillnad från idag införlivas ny metodik i hälso- och sjukvården först efter en medicinskt/ekonomisk prioritering enligt allmänt accepterad modell. All förändring av hälso- och sjukvård föregås av en noggrann genomlysning av dess medicinska, sociala, ekonomiska och ekologiska konsekvenser.

Hälso- och sjukvården i det långsiktigt hållbara samhället kommer genom de förebyggande åtgärderna att kosta mindre än idag. Förskjutningen mot förebyggande insatser leder till mindre sjukvårds konsumtion per capita och därmed till mindre resursförbrukning i form av resor, lokalbehov, medicinteknisk utrustning, personal och läkemedel.

Sören Olofsson