

Utdrag ur minnesanteckningarna förda vid möte med centrala samverkansgruppen den 20 maj 2015

---

Punkt 6

**Slutbehandling av Mål och budget för år 2015 och plan för åren 2016–2017 samt investeringsbudget för år 2015 och inriktningsnivåer för planåren 2016–2019 för Stockholms läns landsting**

LS 2015-0039

Centrala samverkansgruppen har tagit del av landstingsdirektörens planeringsunderlag 2016 och plan för åren 2017-2019 samt investeringsbudget för år 2015 och inriktningsnivåer för planåren 2016–2019 för Stockholms läns landsting.

Landstingsdirektörens planeringsunderlag 2016 och plan för åren 2017-2019 samt investeringsbudget för år 2015 och inriktningsnivåer för planåren 2016–2019 för Stockholms läns landsting var utsänt inför mötet den 22 april 2015 då muntlig information också lämnades i ärendet.

Inför dagens möte har Landstingsdirektörens planeringsunderlag 2016 och plan för åren 2017-2019 samt investeringsbudget för år 2015 och inriktningsnivåer för planåren 2016–2019 för Stockholms läns landsting samt Landstingsdirektörens kompletteringar och justeringar utsänts. Ekonomidirektör Gunnel Forsberg gjorde en muntlig föredragning i ärendet och landstingsdirektör Toivo Heinsoo svarade på frågor.

Arbetsgivaren konstaterar att ärendet härmed är slutbehandlat.

Protokollsanteckning från SACO och Vision bifogas.

---

Vid protokollet

Lena Halvardson Rensfelt

UTDRAG FRÅN  
MINNESANTECKNINGAR  
2015-05-26

LS 2015-0039

*Exp.*  
Akten  
Landstingsstyrelsen

## Yttrande över Ld's underlag till Mål och budget för år 2016...(LS 2015-0039).

SLL har en ekonomisk utmaning de kommande åren, orsakad av de stora investeringar som sker i sjukvårdsstruktur och kollektiv trafik. Vi är oroad för vår framtida arbetsmiljö då vi ser att det kommer att vara underfinansierat i många verksamheter.

### *Strategisk IT, vårdinformationsmiljö och e-hälsa. (2.1.5)*

Informationssystemen måste utvecklas så att vårdens personal upplever att systemen är ett stöd och underlättar arbetet. Bra informationslösningar som förenklar och effektiviserar arbetssätt och ökar patientsäkerheten är centrala för utvecklingen av framtidens vård. Vi är oroliga för att informationslösningarna inte är på plats när genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård ska ske vilket är en av förutsättningarna för att nätverkssjukvården ska fungera.

Hur IT systemet i sig minskar den administrativa bördan är vi däremot mer frågande till. Uppgifterna med indirekt patientkontakt (telefon samtal, bedömning av insända frågor och provsvar med mera) kan komma att istället öka den tidsåtgången.

Man kan i viss mån effektivisera ett vårdflöde genom att byta ut vissa kontakter till en känd patient till telefonkontakter. Men även de tar tid. Framför allt spars tiden i andra delar av kedjan då transport och ledsagare kanske kan hjälpa patienten i hemmet i stället för fram och åter till sjukhuset. Då vårdbehovet samtidigt ökar har vi svårt att se de stora besparingarna här, möjligen effektiviseringar.

För att IT ska bli det användbara instrument vi behöver är det mycket angeläget att alla personalkategorier får delta i att utforma sina egna moduler. Genom samordning kan då en del dubbeldokumentation försvinna, men vi ser det nödvändigt att teamet på plats diskuterar vem som ska dokumentera vad och varför. Kvaliteten på grunddata i journalen är viktig om andra ska lita till uppgifterna.

Att biobanksprovets länkning till kliniska data är en förutsättning för vården ifrågasätter vi. Att det skapar ett mervärde för forskningen är helt klart. Det bidrar till utvecklingen av ny diagnostik i tidiga stadier av sjukdom och individualiserade behandlingar men skapar också en större risk att många som inte är direkt inblandade i vården får tillgång till extensiva känsliga data kring en individ.

Vi ser att samordnade data är av vikt för en ökad patientsäkerhet vid flyttningar inom vårdkedjor inom och mellan landsting/kommunal omsorg för de som inte själva kan förmedla denna information. Samordnad information är viktig även för att ej tappa tempo i utredning och behandling. Det har som konsekvens att många för individen okända personer får tillgång till ibland känsliga uppgifter, till exempel då man diskuterar diagnos, omvårdnad, hjälpbehov och framtida prognos. Det anser vi inte vara tillräckligt diskuterat.

### *Kompetensförsörjning och nya arbetssätt.*

Kompetensförsörjning och nya arbetssätt. Självklart skall medarbetarnas kompetens tas tillvara och utvecklas på bästa sätt. Detta ger patientnytta och ett interprofessionellt arbete precis som idag. Däremot måste man för att verkligen behålla kompetens och utveckla vården vidare som högkvalitativ vårdgivare få både tid och resurser för att fortsätta hålla en god medicinsk kompetensnivå. Det är centralt i sjukvård.

Den ekonomiska ramen ska räknas upp med 3.3% årligen för HSN. De medlen ska räcka till både utbyggnad för att täcka vårdbehovet samt ge vårdgivarna viss kompensation för löne och prisökningar. Det innebär en underfinansiering där man förutsätter effektivisering av verksamheten för att tillåta en ökad verksamhet trots en ordentlig omflyttning och omstrukturering av vården. Det saknas exempel där detta gått att genomföra.

Vi ser med oro på att det tydligt framgår att denna ram skall täcka även de uppdrag akutsjukhusen utför på landstingsstyrelsens uppdrag. Främst utbildningsuppdrag!

Hittills har vi inte uppfattat att landstingsstyrelsen på ett aktivt sätt givit akutsjukhusen i uppdrag att tillse fortbildning för sina personalgrupper eller att sköta ST utbildning. Att uppdragsutbildning för fler specialistsjuksköterskor ska ske är lovvärt. Men det ersätter inte specialistutbildning för läkare.

Saco ser positivt på förslaget om landstingsövergripande kompetensförsörjningsstrategi som torde vara grunden för planering och dimensionering av uppdragsutbildning för samtliga akademiker yrken mm. Vi utgår från att arbetet kommer ske i nära samarbetet med företrädare för verksamheterna och personalorganisationerna.

Att styra och prioritera ST tjänster är ett led i att få en bra ST försörjning. Då tjänsterna är färre än behovet och styrt snarast av ekonomi än kompetensbehov urholkas kompetensförsörjning på sikt. Det som behövs idag är en samordning av de tjänstgöringsperioder som ej sker på hemma klinik. Det riskerar att fördröja uttag av specialistkompetens och eller försämrar den enskilda ST läkarens utbildning om man inte kan planera sin tjänstgöring efter behov.

Saco efterfrågar specialisttjänster för fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter mfl. Andra landsting och även andra länder har redan arbetat med frågan och inrättat specialisttjänster för att möta kraven i en alltmer specialiserad vård.

#### *Attraktiv arbetsgivare?*

Under 2016 införs en försörjningsstrategi som har en tydlig koppling till budgetprocessen där man bland annat ser på behoven av en förstärkt samordning när det gäller lönebildning. Det är ett sätt att beskriva en kartell bildning som ej tar hänsyn till att landstinget rymmer en mängd olika arbetsplatser med helt olika förutsättningar och krav på sina medarbetare. Detta bör speglas i en individuellt satt lön efter kompetens och de krav tjänsten ställer i form av oregelbunden arbetstid och ibland även arbetsplatsens förutsättningar.

Man har i olika skrivelser om FHS en övertro på att schemaläggning av läkare tillsammans med övrig personal löser många problem. Dagens bemanning med jour och beredskapsersättning menar vi är ett förhållandevis billigt sätt att lösa landstingets behov av specialistkompetens då den behövs helg, kvälls och nattetid. Att ha läkare schemalagda i verksamheten för att täcka de belastningstoppar som alltid inträffar är både dyrt och ineffektivt. Att läkare finns på plats där ordinarie verksamhet pågår är redan idag ett faktum. Att schemaläggning kan lösa allt från dubbeladministration till ekonomisk belastning tror vi är en felbedömning, vi har inte sett något underlag som motsäger detta ännu.

Man konstaterar att antalet slutenvårdstillfällen gått ned samtidigt som bemanningskostnad ökat. Ett år då man till och med betalat ut ersättning för patienter som tvingats övernatta på akutmottagning i brist på vårdplats på sjukhuset.

En patient som för 5 år sedan självklart hade behandlats i slutenvården tvingas man nu lösa behandlingen på annat sätt. Ibland har den medicinska utvecklingen styrt behovet men tyvärr inte alltid. När det inte är patientens behov utan vårdplatsbrist som styr val av behandling bidrar detta starkt till en otillfredställande situation både för de patienter som inte direkt kommer till specialiserad vård för till exempel en cancer och för den personal som behöver lösa situationer på ett icke optimalt sätt.

#### *Vårdavtal*

Nya vårdavtal sk omställningsavtal med en större frihetsgrad inom en strikt budgetram är positivt då det möjliggör att se över vad hur man optimalt bedriver vård med patienten i centrum. Om det sparar administration runt patienten är det bra. Vi saknar dock diskussionen om hur och var prioriteringar skall ske. Då inga nya pengar för ny vård tillförs måste något tas bort den dag ny effektiv (och dyr) behandlingsmöjlighet skall tas in i ordinarie verksamhet.

Man har sett att 15% av den slutenvård som kan bedrivas på akutsjukhusen kan utföras av annan vårdgivare. Det kräver dock i vissa fall till exempel vid avancerad rehab att man har tillgång till läkare dygnet runt i händelse av akuta försämringar. Hur långt bort den akuta hjälpen kan befinna sig avgörs av patientens tillstånd. Det gör att även om den avdelningen i sig inte behöver ha läkare på plats behöver den finnas i direkt närhet till en jourlinje med tillräcklig kompetens.

Hur mycket pengar som frigörs till andra vårdformer, privata alternativ och vårdavtal har vi svårt att utläsa av denna budget. Om vård ska föras ut från akutsjukhusen måste mottagarna givetvis få godtagbara villkor för att utföra en god vård.

3:1 Vi konstaterar att det är oförenligt med ökad tillgänglighet samtidigt som man ska effektivisera och ompröva den kollektiva trafiken. Vi ser positivt på upprustningen av spårtrafiken men ser med oro på om detta innebär en ökad tillgänglighet i innerstad på bekostnad av minskad turtäthet för de som bor längre ut i länet. Vilket extra mycket drabbar personal med oregelbunden arbetstid.

Vi ser med oro på den stora påverkan planerade investeringar inom vården och kollektivtrafiken får på landstingets ekonomi och befärrar att kapitalkostnaderna kommer minska utrymmet för löpande driftkostnader. Som vi tidigare föreslagit bör man pröva om vissa investeringar går att senarelägga för att sprida ut

kapitalkostnaderna över en längre period. Det föreligger svårigheter i detta då vissa av sjukhusens lokaler idag är i sådant skick att åtgärder måste vidtas/nybyggnation ske. Det är i det läget ändå bättre att ta ett helhetsgrepp och se till hela behovet då vi ser att beslut om alltför bantade byggnader som ej täcker ett sjukvårds behov kräver dyra nödlösningar då verksamhet ska bedrivas.

#### *10.6 En attraktiv arbetsgivare.*

Legitimerade professioner i hälso- och sjukvården ska enligt lag arbeta enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Med dagens snabba kunskapsstillväxt ställer det stora krav på den enskilda yrkesutövaren. Arbetsgivaren har ansvar att skapa förutsättningar för och möjlighet till detta kontinuerliga lärande. Vi är allvarligt oroade över försämrade möjligheter till vidareutbildning betingat av sparbetning och hårt slimmade organisationer. Då landstinget inte mäter hur dess organisation genomför den fortbildning för legitimerad personal de är ålagda att enligt EU direktiv redovisa, (från Sverige, där Stockholm är en betydande del), undrar vi hur SLL skall få fakta att redovisa detta.

En god arbetsmiljö är central för verksamhetens kvalitet och effektivitet. Så ser verkligheten tyvärr inte ut idag för många av vårdens medarbetare. Indikatorer på en dålig arbetsmiljö är exempelvis att hälften av läkarna på SLSOs vårdcentraler inte orkar arbeta heltid och att sjukskrivningsstalen ökar. Även på sjukhusen har färre 100% klinisk tjänstgöring då det upplevs alltför belastande. Den stora utmaningen i genomförandet av Framtidens hälso- och sjukvård kommer att bli kompetensförsörjningen vilket vi har påtalat några år. Redan i dag är situationen påfrestande och kommande åren med ombyggnationer, omflyttningar m.m kommer ställa ytterligare höga krav på medarbetarna.

#### *2.1.1 Näverkssjukvården.*

En förutsättning för att nätverkssjukvården skall fungera som tänkt enligt planen är samarbetet mellan aktörerna fungerar. Där har vi problem redan idag och åtgärderna för att komma tillrätta med problemen ser vi inte närmaste framtiden. Vissa delar berörs i 2.1.15.

En annan viktig förutsättning är att avtalen med alla berörda vårdgivare blir tydligare på nämnda punkt. För att kunna samarbeta, upprätta sammanhållna vårdkedjor och kommunicera behövs ökade resurser för att avsätta mer tid till detta.

#### *6.1 Bilagor. (6.1 Ändrade avgifter) i Landstingsdirektörens kompletteringar och justeringar..*

Ändrade avgifter för besök hos bl.a fysioterapeuter, arbetsterapeuter mfl. Nämnda yrkesgrupper är specialister inom sina områden med kompetens som inte kan ersättas av annan yrkesgrupp. Vi ser en risk för att betalnings-svaga individer kommer avstå från besök tills de uppnått högkostnadskydd.

Vi efterfrågar underlaget till förslaget och konsekvensanalys av föreslagen höjning.

Förslaget att höja avgiften för näringspreparat kommer slå hårt mot resurssvaga grupper. Vi befarar att högre avgifter kan leda till att personer avstår näringspreparaten som på sikt då kan leda till undernäring och därmed ökad ohälsa och behov av sjukvård.

Sammanfattningsvis rekommenderar vi att en helhetsbedömning görs av om sjukvården har de resurser som är rimligt i förhållande till invånarantal,ohälsotal och befolkningsstruktur (genom att exempelvis jämföra med andra landsting och andra nordiska länder).

Yvonne Dellmark  
Ordf. Centrala Sacorådet

Solveig Persson  
Vision