

A decorative grid of colored squares surrounds the central text. The grid consists of 10 squares: a pink square at the top left, a grey square at the top right, a grey square on the middle left, a red square at the bottom left, a grey square at the bottom middle, a grey square at the bottom right, a pink square at the bottom left (lower), and a red square at the bottom right (lower).

# Framtidsplanen andra steget - konkretisering av det fortsatta arbetet



# Innehållsförteckning

<b>1</b>	<b>Bakgrund</b>	<b>6</b>
1.1	Framtidsplanens inriktning	6
1.1.1	Framtidsplanens mål och strategier	7
1.2	Arbetets genomförande	9
<b>2</b>	<b>Situationsanalys</b>	<b>10</b>
2.1	Behovsanalys	10
2.2	Utvecklingsområden för ökad effektivitet	12
2.3	Ojämlighet i hälsa	14
2.4	Hållbar utveckling	15
<b>3</b>	<b>Vårdnätverk för hälsa</b>	<b>15</b>
3.1	Vårdnätverkets grundläggande principer	15
3.2	Den moderna framåtsyftande vården	17
<b>4</b>	<b>Utgångspunkter för genomförandet</b>	<b>17</b>
4.1	Utmaningar och risker	17
4.2	Finansiella förutsättningar	18
4.2.1	Finansiella effektiviseringar	20
4.3	Kompetensförsörjning och utbildning	21
4.4	Förutsättningar för investeringar	22
4.4.1	Principer för uthyrning av strategiska lokaler	22
4.5	eHälsa och strategisk IT	23
4.5.1	Stöd för patienter och allmänhet	23
4.5.2	Stöd för vårdgivarna	24
4.5.3	Stöd för uppföljning och ersättning	24
4.5.4	Teknisk infrastruktur	25
4.6	Styrning i Nätverkssjukvården	25
4.6.1	Finansiärens/beställarens styrning	25
4.6.2	Vårdval	26
4.6.3	Ersättningar och beskrivningssystem	26
4.6.4	Ägarstyrning	27
4.7	Forskning, grundutbildning, innovation och utveckling	28
4.8	Kommunikation	29
<b>5</b>	<b>Förändringar i hälso- och sjukvården utifrån målbilden</b>	<b>32</b>
5.1	Vårdnätverkets delar	32
5.1.1	1177 Vårdguiden	32
5.1.2	Husläkarverksamheterna	33
5.1.3	Sjukvård i hemmet	33
5.1.4	Det akuta omhändertagandet	34
5.1.5	Den geriatrika vården	35
5.1.6	Rehabiliteringens roll	36

5.1.7	Den palliativa slutenvården .....	37
5.1.8	Nytt uppdrag, stödjande vård.....	37
5.1.9	Den psykiatriska vården för vuxna .....	38
5.1.10	Inriktning för cancersjukvården .....	39
5.1.11	Utveckling av barnsjukvården.....	40
5.1.12	Utveckling av sjukhus för specialistsjukvård .....	42
5.1.13	Akutsjukhusen.....	43
5.1.14	Universitetssjukhuset .....	44
5.1.15	Tandvården .....	47
5.1.16	Resurser för diagnostik och behandling .....	47
5.1.17	Beredskap och katastrofmedicinska perspektiv .....	48
<b>6</b>	<b><i>Vårdbehov, kapacitet och byggnadsplanering .....</i></b>	<b>48</b>
<b>6.1</b>	<b><i>Förutsättningar för beräkning av vårdkapacitet .....</i></b>	<b>49</b>
6.1.1	Förslag till vårdutbudskarta .....	50
<b>6.2</b>	<b><i>Tioårig investeringsplan för hälso- och sjukvården.....</i></b>	<b>52</b>
6.2.1	Planering för strategiska investeringar .....	52
6.2.2	Investeringar vid universitetssjukhuset .....	54
6.2.3	Investeringar i akutsjukhus.....	56
6.2.4	Investeringar i övriga sjukhus .....	56
6.2.5	Vårdplatser inom slutenvård .....	57
<b>7</b>	<b><i>Fortsatt genomförande .....</i></b>	<b>57</b>
<b>7.1</b>	<b><i>Fokusområden .....</i></b>	<b>58</b>
7.1.1	Utveckling av hälso- och sjukvård utifrån individens samlade behov .....	58
7.1.2	Tryggande av vårdkapacitet och investeringar .....	59
7.1.3	Utvecklad styrning av innehåll och resultat.....	59
7.1.4	Säkerställande av eHälsa och strategisk IT .....	59
7.1.5	Aktivt arbete med förändringsledning .....	60
7.1.6	Utveckling av processer och arbetssätt för att säkerställa vården utanför akutsjukhusen	60
7.1.7	Insatser för kompetensförsörjning .....	60
7.1.8	Strategi för forskning, innovation och utveckling.....	60
<b>8</b>	<b><i>Avrapportering av fullmäktiges uppdrag .....</i></b>	<b>61</b>
<b>8.1</b>	<b><i>Uppdrag åt landstingsstyrelsen .....</i></b>	<b>61</b>
<b>8.2</b>	<b><i>Uppdrag åt hälso- och sjukvårdsnämnden .....</i></b>	<b>63</b>
<b>Bilaga 1</b>	<b><i>Förslag till principer för uthyrning av strategiska lokaler .....</i></b>	<b>66</b>

# Sammanfattning

Landstingsfullmäktige fastställde 2011 målbilder för den framtida hälso- och sjukvården 2015 respektive 2025. Landstingets övergripande mål om en förbättrad tillgänglighet och kvalitet i hälso- och sjukvården, ekonomi i balans samt övergripande investeringsstrategi och en säkerställd kompetensförsörjning ger vägledande förutsättningar för arbetet med Framtidsplanen. Patientens rätt att välja vårdgivare är en annan förutsättning.

I detta dokument konkretiseras och presenteras de förändringar som föreslås genomföras för Framtidsplanens förverkligande. Planen anger en inriktning och stakar ut en väg för det framtida arbetet. Dokumentet utgör således inte en detaljplanering av de kommande förändringarna. Vården är en komplex organisation och det är viktigt att vara uppmärksam på och beredd till korrigeringar på grund av förändringar i förutsättningarna. Stora delar av hälso- och sjukvården som exempelvis husläkarmottagningar, akut omhändertagande, barnsjukvården samt inriktning för akutsjukhus och universitetssjukhus berörs.

Förslagen utgår från de mål och strategier som definierats i Framtidsplanen exempelvis ökad tillgänglighet utifrån behov med individen som utgångspunkt, förbättrat omhändertagande nära patienten, husläkarmottagningar och specialistvård i nära samverkan samt förstärkning av vårdutbudet utanför akutsjukhusen. En renodling av akutsjukhusens verksamhet ska ske och universitetssjukhusets särskilda uppdrag ska beaktas. Andra viktiga strategier för att den önskade målbilden ska uppnås är en utveckling av eHälsotjänster och informationshantering samt forskning som skapar värde för patienten. Individens hälsa ska vara i fokus vid varje möte med vården.

Under det gångna året har ett antal aktiviteter genomförts i riktning mot att genomföra Framtidsplanen. En mängd intressenter har deltagit i ett stort antal möten och seminarier för att utveckla den framtida hälso- och sjukvården i enlighet med målbilderna. Genom dessa har gränsöverskridande diskussioner förts mellan företrädare för olika vårdgivare och vårdgrenar. Mer konkreta exempel på det pågående utvecklingsarbetet är införandet av flera vårdval inom somatisk specialistvård, upphandlingar av exempelvis geriatrisk vård och av vården vid S:t Görans akutsjukhus. Samarbetet runt 4D-projektet med Karolinska Institutet och arbetet med den regionala cancerplanen är andra aktiviteter som pågår. Dialogen och planering kring vårdutbud och investeringar utifrån den tioåriga investeringsplanen likaså.

Ett stort och genomgripande utvecklingsarbete inom många områden krävs för att möta det ökade behovet av hälso- och sjukvård inom de finansiella ramar som anges. Vården ska ges av den vårdgivare som är mest lämpad att vårda patienten utifrån dennes medicinska behov, behov av omvårdnad och behov utifrån funktionsförmåga vid varje tillfälle. Vårdgivarna samarbetar kring patienten i nätverk – en "Nätverkssjukvård" utvecklas. Kapaciteten vid akutsjukhusen och andra vårdinrättningar ska utnyttjas bättre. Vårdgivare ska öka sin samverkan för ett bättre utnyttjande av de samlade resurserna. Befintliga och kommande IT-stöd används av Vårdgivare för effektivare interna

och externa processer. Detta ger förutsättningar för förbättrad patientsäkerhet, effektivare vårdprocesser och samverkan med andra vårdgivare. Genom ett ökat fokus på kunskapsstyrning, jämförelser och benchmarking ska nya och effektivare metoder och arbetsätt spridas. Vården ska fortsätta att utvecklas mot mer öppenvård och med stöd av IT och medicinsk teknologi mot mer vård i hemmet.

Utifrån den demografiska utvecklingen och utveckling av de medicinska behandlingsmöjligheterna har vårdbehovet prognosticerats för de kommande åren. Investeringarna planeras utifrån genomförd behovsanalys med en ambition att eftersträva så stor flexibilitet som möjligt. Vid byggnadsutformning ställs krav på att kapacitetsutnyttjande belyses med hjälp av transparenta och motiverade dimensioneringsprinciper. Planeringen innebär att en utbyggd kapacitet kommer på plats ett par år före det att behovsanalysen anger. Detta ger ett utrymme att hantera eventuella driftstörningar vid om- och nybyggnationer.

I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård, både för den enskilde vårdgivaren och för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Engagemanget i det nationella arbetet för att utveckla termer och begrepp, beskrivningssystem samt att identifiera data om hälsoutfall fortsätter. Till detta krävs ett utvecklat IT-stöd som tillsammans med det nationella arbetet är en förutsättning för att kunna styra och följa upp vårdens innehåll och resultat samt skapa effektiva ersättningssystem.

För att uppnå intentionerna i Framtidsplanen krävs att arbetet nu inriktas på genomförandet. En inventering har genomförts som identifierat strategiska och kritiska utmaningar med potentiell påverkan på genomförandet. Hanteringen av dessa och förslag för det fortsatta arbetet framgår av detta dokument.

# 1 Bakgrund

Landstingsfullmäktige fastställde den 14-15 juni 2011 en plan med inriktning för den framtida hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting, Framtidsplanen. Arbetet att genomföra denna bedrivs i flera faser med utgångspunkt från de beslutade målbilderna för 2015 och 2025. I detta dokument presenteras utgångspunkter och förutsättningar för genomförandet av planen, vad som gjorts hittills, förslag på förändringar samt inriktningen på det fortsatta arbetet.

## 1.1 Framtidsplanens inriktning

Utgångspunkten i Framtidsplanen är att befolkningen utifrån behov ska få en hälso- och sjukvård som är rätt och säker. En förutsättning är att vårdens aktörer samarbetar runt patienten utifrån dennes behov enligt inriktningen kring begreppet Nätverkssjukvård. Vården ska i så stor utsträckning som möjligt erbjudas nära patienten. Detta gäller särskilt vanligt förekommande vård och vård till grupper som är i behov av samverkan mellan sjukvården och kommunernas vård och omsorg, exempelvis multisjuka och personer med psykisk sjukdom. Viss vård är ur patientsäkerhets- och kostnadssynpunkt lämplig att samla på ett eller ett fåtal ställen.

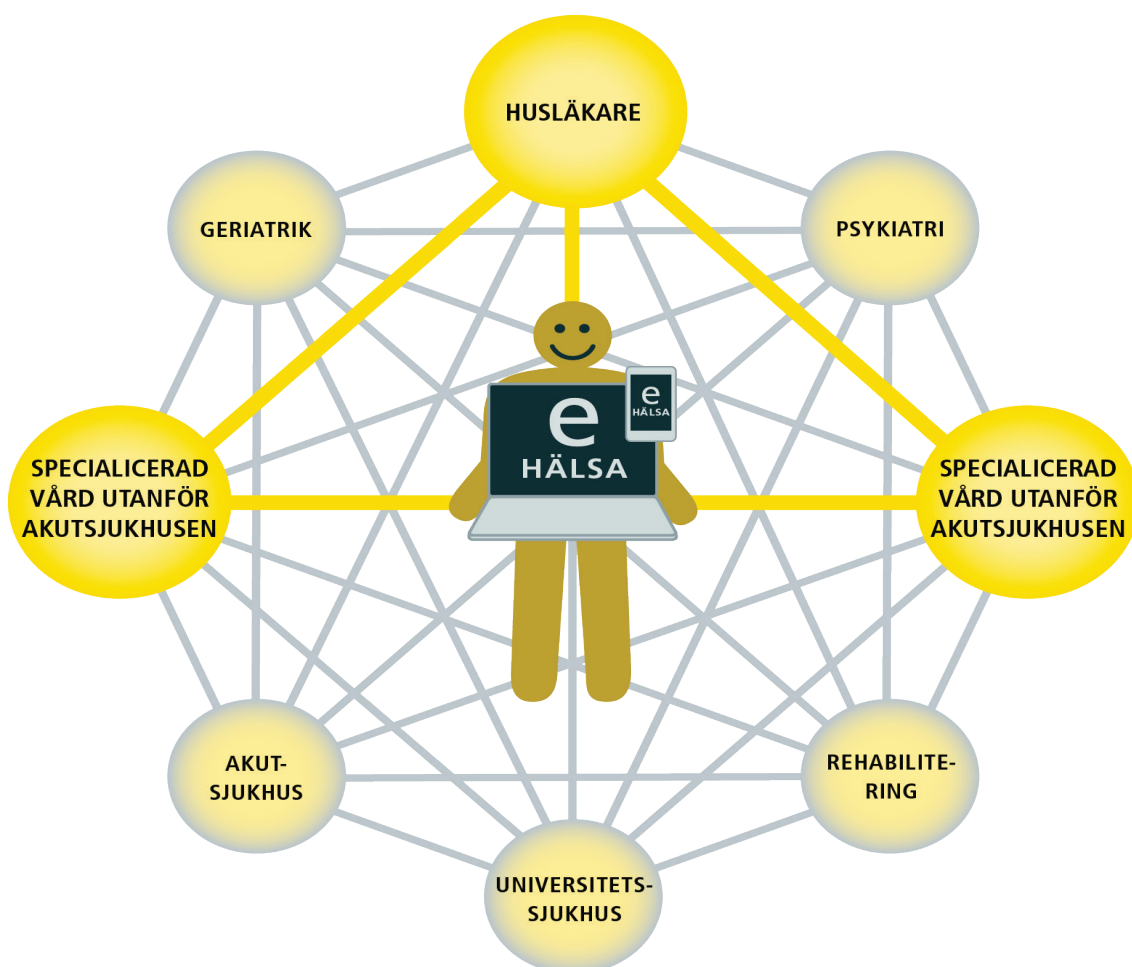
En utbyggnad planeras utifrån utförda analyser om patienternas behov inom både öppen och sluten vård. Alla vårdområden ökar men kapacitetsutökningen blir störst utanför akutsjukhusen. Utifrån hälso- och sjukvårdens nya struktur skapas förutsättningar för forskning och utveckling, förbättrad informationshantering och utveckling av eHälsotjänster, upprustning och byggnation av sjukhus, säkrad kompetensförsörjningen och en ekonomi balans.

I Framtidsplanen 2011 beskrevs förutsättningarna för hälso- och sjukvårdens utveckling på följande sätt. Hälso- och sjukvården i Stockholms län har till syfte att åstadkomma bästa möjliga vård för dess befolkning. Samtidigt har hälso- och sjukvården stor betydelse ur ett regionalt utvecklingsperspektiv. De kommande åren kommer förutsättningarna för landstingets verksamheter att bli påtagligt annorlunda. Kraven på de offentliga tjänsterna bedömdes då komma att öka, bland annat genom att befolkningen inom Stockholms län då förväntades växa med 25 000 till 30 000 personer årligen. Samtidigt förändras invånarnas och patienternas behov av vårdutbud. Invånarnas förväntningar på hälso- och sjukvården förändras också. Fler kräver större inflytande över vården och är mer pålästa tack vare bland annat internet. Förändrade styrformer för hälso- och sjukvården, som till exempel vårdval, leder till ökad mångfald av vårdgivare och till nya förutsättningar vad gäller samordning, forskning och utbildning. Samtidigt kan vi räkna med stora pensionsavgångar, vilket ställer krav på den övergripande personal- och kompetensplaneringen.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården förutsätter samverkan mellan olika vårdgivare inklusive kommunernas vård och omsorg samt med institutioner för forskning och utbildning. Som landets största sjukvårdshuvudman har Stockholms läns landsting stora möjligheter att bidra till klinisk forskning, klinisk utbildning och innovationer inom det medicintekniska området. Bygget av det nya sjukhuset i Solna med inriktning mot högspecialiserad vård och avancerad forskning, Nya Karolinska Solna (NKS) och förbättrad infrastruktur inom den övriga sjukvården ger förutsättningar för ökad patientsäkerhet och medicinsk utveckling.

### 1.1.1 Framtidsplanens mål och strategier

Landstingets övergripande mål om en förbättrad tillgänglighet och kvalitet inom vården, ekonomi i balans, övergripande investeringsstrategi och en säkerställd kompetensförsörjning ger vägledande förutsättningar för arbetet med Framtidsplanen. Landstingsfullmäktige fastställde 2011 målbilder för den framtida hälso- och sjukvården 2015 respektive 2025. Tillsammans med visionen för Nätverkssjukvård är dessa utgångspunkter för arbetet med Framtidsplanen.



Figur 1. Visionsbild från Framtidsplanen 2011.



## Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet

Målbilden för 2015 är att patientens och invånarens samlade behov och fria val möts av ett flexibelt vårdutbud där ett hälsofrämjande perspektiv och patientens önskemål och medicinska behov står i centrum. En kunskapsbaserad, ändamålsenlig, säker och tillgänglig vård ges på lika villkor för alla.

I målbilden ingår följande tre mål:

- Hög tillgänglighet- vård i rätt tid
- God kvalitet och delaktighet- säker vård till patient som möts med rätt resurser på rätt plats
- Hög effektivitet- säker vård i rätt tid, till patient som möts med rätt resurser på rätt plats och till rätt kostnad

Målbilden för 2025 står fortsatt på dessa tre mål. Dessutom är länets befolkning friskare och har ett än större förtroende för hälso- och sjukvården. Patientens vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja. Den informerade patienten orienterar sig enkelt i en lättillgänglig vård som erbjuder goda valmöjligheter på lika villkor. Patienten har tillgång till öppen och säker information om sin vård och hälsa. Målinriktade vårdgivare levererar en hälsofrämjande sjukvård med hög effektivitet och patientsäkerheten i fokus. Med beaktande av patientens integritet utförs den offentligt finansierade vården i en sammanhållen struktur för eHälsa.

För att nå uppsatta mål och visionen om Nätverkssjukvård lyfts ett antal strategier fram:

- Ökad tillgänglighet utifrån behov med individen som utgångspunkt
- Ett hälsofrämjande förhållningssätt
- Förbättrat omhändertagande nära patienten
- Nära samverkan mellan husläkarmottagningar och övrig specialistvård
- Förstärkning av vårdutbudet utanför akutsjukhusen
- Renodling av akutsjukhusens verksamhet
- Integrering av psykiatrisk vård och somatisk vård
- Särskilt uppdrag till Universitetssjukhuset
- Utveckling av eHälsotjänster och informationshantering
- Stärkt styrning och uppföljning
- Värdeskapande forskning och utveckling utifrån patientperspektiv

## 1.2 Arbetets genomförande

Efter landstingsfullmäktiges beslut i juni 2011 inleddes ett omfattande planeringsarbete för att åstadkomma de förändringar som Framtidsplanen lyfte fram. Ett programkontor inrättades med uppgift att koordinera och driva programarbetet utifrån fattade beslut. I programkontorets arbete deltar personer från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Landstingsstyrelsen förvaltning, Locum AB, Karolinska Institutet (KI) och olika vårdgivare. Styrgruppen leds av landstingsdirektören.



**Figur 2** Programarbetet går allt mer från mål- och strategiformuleringar till genomförande. Arbetet ska vara avslutat 2018 när nya Karolinska sjukhuset öppnat.

I juni 2012 fastställdes Framtidsplanen för hälso- och sjukvården – första steget i genomförandet av landstingsfullmäktige. I denna beskrivs en struktur för sjukvården med en bibehållen roll för primärvården som första linjens vård och en utökning av den somatiska specialistvården utanför akutsjukhusen inom både öppen- och slutenvård. Dessutom ett väsentligt större uppdrag för den geriatriska vården och en bättre integrering mellan psykiatrisk och somatisk vård samt ett tydligare akutsjukvårdsuppdrag för akutsjukhusen.

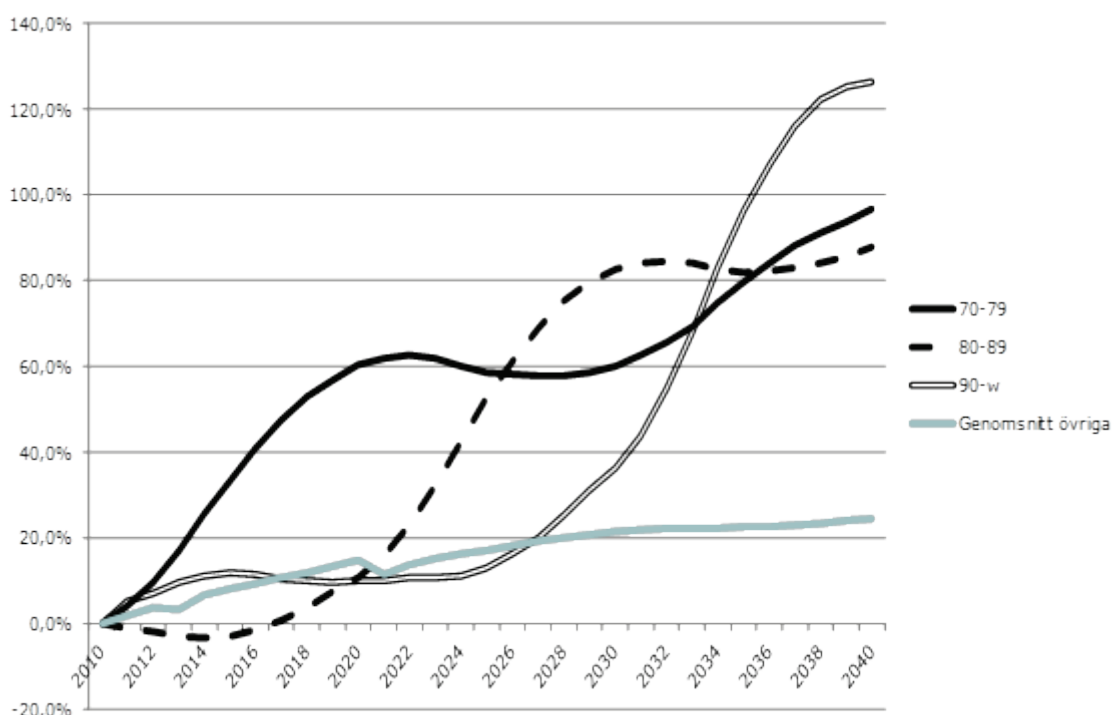
I landstingsfullmäktiges beslut 2012 ingick en tioårig investeringsplan för en samlad planering för byggnationer, inköp och inventarier på sammanlagt 28 mdkr, till detta kommer investeringarna i NKS. Sammantaget innebär detta en massiv satsning på hälso- och sjukvården i Stockholms län. Under hösten-vintern 2012-2013 har programkontorets arbete bedrivits inom ramen för fem huvudområden; Nätverkssjukvårdens struktur och profilering, Kompetensförsörjning i Nätverkssjukvården, Styrning i Nätverkssjukvården, Nätverkssjukvårdens lokaler samt Innovation och utveckling av Nätverkssjukvården. Inom de fem huvudområdena har ett antal projekt och möten med olika intressenter genomförts samt underlagsrapporter tagits fram. Tillsammans med en riskanalys gällande det fortsatta genomförandet utgör resultatet av det hittills genomförda arbetet underlag till detta dokument. Arbetet inom huvudområdena har samordnats och koordinerats via en programledning.

## 2 Situationsanalys

### 2.1 Behovsanalys

Enligt den senaste prognosen<sup>1</sup> från Tillväxt, miljö och regionplanering i Stockholms läns landsting förväntas befolkningen i Stockholms län öka från år 2010 till 2015 med cirka 188 000 personer (9 procent), 358 000 till 2020 (17 procent), 453 000 till 2025 (22 procent) och med 644 000 till år 2040 (31 procent).

Prognosen för befolkningsutvecklingen är indelad efter befolkningens ålder. Då en indelning görs i intervall om 10 år (0-9 år, 10-19 år etc.) visar åldersgruppen 70-79 år en ökning från 2010 till 2020 på 57 procent. Övriga åldersgrupper har en lägre ökningstakt med ett genomsnitt på cirka 14 procent. Efter år 2020 ökar alla åldersgrupper över 70 år med mellan 88 och 127 procent till år 2040, jämfört med 2010. Övriga åldersgruppers befolkningsökning är lägre och uppgår till i genomsnitt 24 procent, se diagram 1.



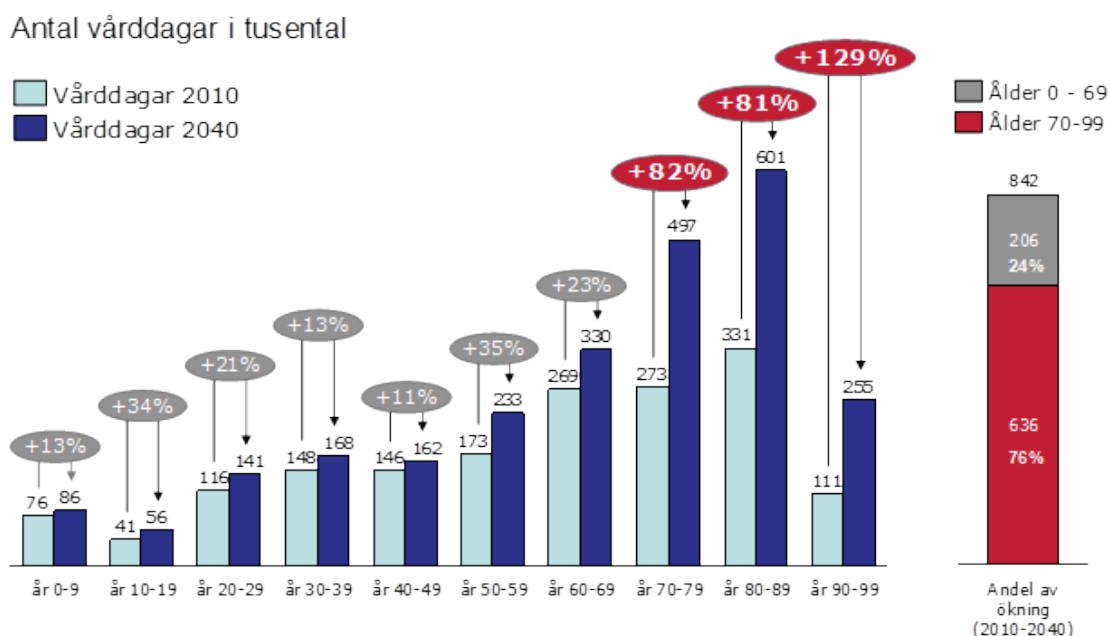
**Diagram 1** Prognos för procentuell utveckling av olika åldersgrupper inom befolkningen i Stockholms län från 2010-2040

Betydelsen av befolkningsökningen för hälso- och sjukvården fram till 2020 och vidare fram till 2040 har analyserats. Den relativt sett betydligt större befolkningsutvecklingen av äldre kräver särskilda insatser. Även om befolkningen som var 70 år och äldre endast utgjorde cirka tio procent av

<sup>1</sup> Från 2012

befolkningen år 2012 så svarade de för drygt 42 procent av vårddagarna i slutenvården. Det innebär att med en rak framskrivning skulle behovet av vård öka betydligt, framför allt efter 2025 fram till 2040. Med rak framskrivning menas att historisk vårdkonsumtion per invånare räknas upp med den årliga befolkningsutvecklingen fram till 2040. I framräkningen har konsumtionen per ålder (ett-årsklass), diagnosgrupp, kommun och stadsdel beaktats.

I diagram 2 visas en prognostiserad vårdkonsumtion fram till 2040 per åldersgrupp beräknad genom en rak framskrivning. Av diagrammet framgår att vårdkonsumtionen förväntas öka betydligt för åldersgrupperna över 70 år och sammantaget svarar de äldre åldersgrupperna för 77 procent av ökningen av antalet vårddagar i slutenvården.



**Diagram 2** Prognos av ökningen av antalet vårddagar i slutenvård mellan 2010 och 2040 för patienter från länet vid en rak framskrivning. Omfattar samtliga vårdgränar inklusive avancerad hemsjukvård.

Att analysera det framtida behovet av vård är svårt då många osäkra faktorer inverkar, exempelvis kan den medicinska och medicintekniska utvecklingen innebära både ett minskat och ett ökat behov av vård, oförutsedda pandemier kan inträffa med mera. Slutsatsen är att en rak framskrivning bäst beskriver behovsutvecklingen. Ingen tydlig trend finns som skulle kunna motivera ett avsteg från denna.

Utöver hälso- och sjukvård till länets egen befolkning ges även vård till patienter från andra landsting och till patienter från andra länder. Den högspecialiserade vården ingår i vissa fall i landstingets regionuppdrag, ibland även i ett rikssjukvårdsuppdrag. Vidare tar alla vårdgivare emot patienter som insjuknar akut. I behovsanalysen beräknas vårdvolymen av den högspecialiserade och akuta vården för dessa grupper vara ungefär oförändrad de kommande åren fram till 2018.

## 2.2 Utvecklingsområden för ökad effektivitet

För att möta det ökade behovet av hälso- och sjukvård inom de finansiella ramar som anges krävs ett stort och genomgripande utvecklingsarbete inom många områden.

Nedan redovisas exempel på utvecklingsområden och åtgärder för att förbättra vårdens effektivitet. Ett framgångsrikt arbete inom dessa områden minskar behovet av en kapacitetsutbyggnad, leder till ett mer effektivt utnyttjande av resurserna och att patienten får en mer ändamålsenlig vård.

- **Framtidens utbud hälso- och sjukvård**  
Målbilden är att patienten ska få säker vård i rätt tid, på rätt plats till rätt kostnad.

Vården ska ges av den vårdgivare som är mest lämpad att vårda patienten utifrån dennes medicinska behov, behov av omvårdnad och funktionsbehov vid varje tillfälle. Olika vårdområden har olika kompetenser och olika resurser för att möta dessa behov. Endast den vård som inte kan utföras i öppen vård eller i patientens hem ska bedrivas som slutenvård.

Skillnaden i kostnad är stor mellan olika vårdområden. Kostnadseffektivitet innebär att vården ska ges där vården utifrån behoven är mest effektiv till lägsta kostnad. Den kostsamma infrastruktur som finns på akutsjukhusen ska reserveras för de patienter vars behov kräver denna. En översiktlig beräkning av den genomsnittliga kostnaden per vårddygn summerar för akutsjukhusen till cirka 11 500 kronor. Kostnaden inkluderar vårdavdelningar, intensivvård, medicintekniska utrustningar för diagnostik och behandling, jourverksamhet dygnet runt med mera. Andra vårdområden utanför akutsjukhusen behöver inte dessa resurser. Istället handlar det om att patienternas behov kräver andra specialist- och generalistkompetenser samt andra faciliteter. Resursbehovet är här betydligt mindre än akutsjukhusens. Motsvarande översiktliga beräkning pekar på att ett vårddygn inom geriatriken i genomsnitt kostar 4 700 kronor, inom rehabilitering 3 000 kronor och basal hemsjukvård 300 kronor. Nedbrutet per patient kan detta självfallet variera mycket. För den enskilda patienten och dess närstående kan vården utanför akutsjukhusen upplevas som mer positiv jämfört med vården på akutsjukhusen.

Flera analyser har gjorts om patienterna på akutsjukhusen skulle kunna få sina behov tillgodosedda av annan vårdgivare. Resultatet är att minst 15 procent av alla patienter som är inskrivna på akutsjukhusen skulle kunna få sina behov tillgodosedda utanför dessa.

Den demografiska utvecklingen ställer krav på en ökad kapacitet inom alla vårdområden. För att få den bästa hälso- och sjukvårdsstrukturen byggs vårdområdena utanför akutsjukhusen ut relativt sett mer.

### ■ Patientens möte med vården

Mötet ska kännetecknas av trygghet och respekt för att patienten ska känna tillit till vården. Genom ett förtroendeingivande förhållningssätt och ökat medinflytande minskar patientens behov av second opinion, onödiga remitteringar, utredningar och behandlingar.

Det ska vara lätt att hitta rätt vård inklusive stöd till egenvård. Förbättrade möjligheter ska finnas för att identifiera rätt vårdgivare utifrån patientens behov, givet patientens fria val.

eHälsotjänster riktade till patienten innebär att patienten själv kan utföra mer av sin egen vård och ökar möjligheten till medinflytande. Ett exempel är att patienter med kroniska sjukdomar kan ansvara för sina egna medicinska kontroller och vid en avvikelse bokas ett besök hos vårdgivaren.

Riktade insatser i form av hembesök, skriftlig utskrivningsinformation och uppföljande telefonsamtal till exempel efter utskrivning från akutsjukhus kan minska återinläggningar.

### ■ Sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete

Varje möte med vården ska ha individens hälsa i fokus. Det finns en potential för att förbättra folkhälsan ytterligare genom minskad rökning och alkoholkonsumtion, ökad fysisk aktivitet, förbättrade kostvanor och åtgärder mot psykisk ohälsa.

### ■ Riktade resurser till patienter med stora behov

Alla vårdgivare ska identifiera och följa upp sina riskpatienter för att förebygga komplikationer och följsjukdomar. Det finns en stor potential i att identifiera patienter som har eller som kan få stora behov av hälso- och sjukvård. Tidigare erfarenheter visar att patienten upplever en ökad livskvalitet och får ett minskat behov av slutenvård som ett resultat av kontakt med en vårdcoach. Dessa ska ge stöd patienten att själv hantera sin situation och ge hjälp att koordinera eventuella vårdkontakter. Insatser ska fokuseras på att stödja stora målgrupper med kroniska sjukdomar och individer i behov av preventiva insatser.

### ■ Ökad patientsäkerhet

Följsamhet till riktlinjer och vårdprogram samt lokalt förbättringsarbete är viktigt för att uppnå en ökad patientsäkerhet. Exempel på detta är förbättrad läkemedelsanvändning och hygien i vården, vilket leder till minskade läkemedelskomplikationer och färre vårdrelaterade infektioner. Styrning och uppföljning av hälso- och sjukvården för att öka patientsäkerheten ska förbättras, bland annat genom att värdebaserade ersättningsystem utvecklas.

### ■ Bättre utnyttjande av kapaciteten på sjukhusen

Kapaciteten av akutsjukhus och andra vårdinrättningar ska utnyttjas bättre. Befintliga vårdplatser, operationssalar, mottagningsrum med mera kan utifrån nya förutsättningar utnyttjas mer än idag. Vårdgivare kan öka sin samverkan för ett bättre utnyttjande av de samlade resurserna. Olika vårdgivare kan också samordna sin kompetensförsörjning och samarbeta gällande jour och beredskap.

- **Stöd för vårdgivarnas interna och externa processer**

Vårdgivare ska för sina interna och externa processer använda befintliga och kommande IT-stöd. Detta ger förutsättningar för förbättrad patientsäkerhet, effektivare vårdprocesser och samverkan med andra vårdgivare.

Genom ett ökat fokus på kunskapsstyrning, jämförelser och benchmarking ska nya och effektivare metoder och arbetssätt spridas. Vården ska fortsätta att utvecklas mot mer öppenvård och med stöd av IT och medicinsk teknologi mot mer vård i hemmet.

- **Fastighetsinvesteringar**

De investeringar som planeras har bland annat som mål att ge patienterna en säker vård, exempelvis minskade vårdrelaterade infektioner. Investeringarna ska även ge förutsättningar att förbättra verksamheternas logistik. Flexibilitet i fastighetsinvesteringar ska uppnås genom att lokalerna utformas så att de kan utnyttjas även om verksamhetsinnehållet skiftar.

- **Styrning**

I styrningen av vårdgivarna ska uppdrag, uppföljning och ersättningssystem samverka för att ge rätt incitament till en effektiv vård, både för den enskilde vårdgivaren och för hälso- och sjukvårdssystemet i sin helhet. Engagemanget i det nationella arbetet för att utveckla vårdens termer och begrepp, beskrivningssystem samt att identifiera data om hälsoutfall fortsätter. För att sedan fånga data om vårdens innehåll och resultat krävs ett utvecklat IT-stöd. Sammantaget är dessa utvecklingsområden grundläggande för möjligheterna att kunna styra, följa upp och skapa effektiva ersättningssystem.

## 2.3 Ojämlighet i hälsa

Hälsan bland länets invånare fortsätter att förbättras. Samtidigt finns stora skillnader i hälsa som tenderar att bestå. Personer med låga inkomster och låg utbildningsnivå har kortare medellivslängd, sämre hälsorelaterad livskvalitet och sämre självs kattad hälsa än andra.

Skillnader i hälsa beror på en rad olika faktorer, varav en del är påverkbara. Hälso- och sjukvården kan hjälpa till med att tidigt uppmärksamma riskbruk av alkohol och utsatthet för våld, erbjuda rådgivning kring kost och motion och göra rökavvänjning tillgänglig. Kunskapshöjande insatser behövs för grupper med låg kunskap om hur vården fungerar. Exempel på insatser för att öka hälsoförståelsen är hälsokommunikatörer och särskilt stöd till husläkarverksamheter i utsatta områden.

Jämlikhets- och jämställdhetsperspektivet ska integreras i det dagliga arbetet inom alla vårdområden och vara en integrerad del i alla avtal. Alla vårdgivare behöver kontinuerligt förbättra sin kompetens för att säkerställa en likvärdig behandling och ett gott bemötande till alla oavsett kön, ålder, funktionsnedsättning, social position, etnisk eller religiös tillhörighet samt sexuell identitet. Arbetet med jämställd och jämlik hälso- och sjukvård på en övergripande nivå ska fortsatt vara inriktat på kartläggning, analys, och verksamhetsutveckling.

## 2.4 Hållbar utveckling

Visionen i det miljöpolitiska programmet för 2016 är att landstingets verksamheter är klimateffektiva, resurseffektiva och hälsofrämjande. Nybyggnationer ger möjligheter att begränsa verksamhetens negativa miljöpåverkan. Det gäller främst reducerad energianvändning men även möjlighet att välja miljöbedömda byggvaror och andra produkter som inte innehåller miljöfarliga ämnen. Effektivare vatten- och avfallssystem och bättre strålskydd och gassäkerhet samt reducerade utsläpp är alla exempel på bidrag som minimerar hälso- och sjukvårdens miljöpåverkan. I äldre fastighetsbestånd behöver samtidigt miljöåtgärder vidtas.

### **Detta kapitel omfattar**

Behovsanalyser kring betydelsen för hälso- och sjukvården av den förväntade befolkningsökningen.

Redovisning av ett stort och genomgripande utvecklingsarbete för att möta det ökade behovet.

Exempel på utvecklingsområden för effektiviseringar.

Jämlikhets- och jämställdhetsperspektiv integreras i det dagliga arbetet inom alla vårdområden.

Landstingets miljöpolitiska program beaktas i det fortsatta arbetet.

## 3 Vårdnätverk för hälsa

Att uppnå Framtidsplanens målbilder är en stor utmaning. Visionen är att vården ska utformas utifrån tankegångar runt begreppet Nätverkssjukvård, som innebär att individen med stöd av eHälsotjänster erhåller vård av vårdgivare som arbetar i en nätverksstruktur. Ett nätverk karaktäriseras av en platt struktur där alla ses som likvärdiga parter och tar ansvar för samt ger sitt bidrag till det gemensamma resultatet.

Syftet med Nätverkssjukvården är också att skapa läkande vårdmiljöer och bättre arbetsmiljö för medarbetarna i en patientorienterad vård.

### 3.1 Vårdnätverkets grundläggande principer

Filosofin bakom Nätverkssjukvård är ”Vårdnätverk för hälsa- utifrån individens behov” och baseras på fyra grundläggande principer.

Individens hälsa är i fokus vid varje möte med vården

I centrum står hälsoperspektivet utifrån individens behov och förutsättningar. Hälsan är i fokus i varje möte mellan individen och vården vid, såväl återbesök vid långvarig sjukdom som besök på en barnvårdscentral eller om en person



söker vård på grund av livsstilsrelaterade problem. Medinflytande, patientsäkerhet och kostnadseffektivitet är nyckelord för alla besök i vården.

**Oavsett vart individen vänder sig ska denne få stöd att hitta rätt i vården**

Så få kontaktpunkter som möjligt ska involveras i patientens möte med vården. Den första kontakten initieras via individen själv, närstående eller kommunernas vård och omsorg. Om den vårdgivare som individen kontaktar inte har möjlighet att lösa individens problem hjälper man till att boka en tid hos rätt vårdgivare. Vårdgivarnas ansvar för detta tydliggörs i avtal. Oavsett kontaktpunkt i nätverket ska vårdgivaren tillsammans med övriga i nätverket säkerställa att individens möte med vården blir så enkelt, säkert, jämlikt och effektivt som möjligt. För vissa utsatta grupper kan särskilda personer med uppdrag att vägleda patienten rätt behöva utses. Ett alternativ till att individen ska vägledas rätt är att vårdens personal kommer till individen oberoende av var denne befinner sig.

**Tillräcklig samt adekvat information och kompetens finns i hela vården**

Tillsammans säkerställer nätverket kompetens genom att information och kunskap skapas, delas och ackumuleras i hela vårdsystemet. Detta görs genom IT-stöd och eHälsotjänster, delade personalresurser, gemensam plan för kompetensförsörjning, patientjournaler, handledning och konsultation, telefon och mobila tjänster samt beslutsstöd med gemensamma vård- och handlingsprogram. Detta säkerställs genom kvalitetsmått som mäter det samlade resultatet.

**Individens samlade behov är utgångspunkt för den vård som erbjuds**  
Patientens behov, det vill säga medicinska behov, omvårdnadsbehov och behov utifrån funktionsförmåga ska vara utgångspunkt för den vård som erbjuds. Utifrån dessa behov och individens egna val och önskemål angående vård och behandling anpassas nätverket.

Med rätt information och stöd från vården kan individen och dennes närstående klara en stor del av både förebyggande vård och basala sjukvårdsinsatser. Alla individer ska tas omhand i vården av rätt kompetens och rätt resurs, vilket ibland kan innebära att individen själv – eller med viss hjälp – kan svara för sin vård.

Grundläggande är att vårdens alla aktörer är införstådda i, accepterar och arbetar efter konceptet "Vårdnätverk för hälsa utifrån individens behov". Vårdgivarnas uppdrag, beskrivnings- och ersättningsystem samt uppföljning av vårdens resultat ska stödja Nätverkssjukvårdens utveckling. Innovation och utveckling av nya arbetssätt och arbetsorganisation blir grundpelare i förändringsarbetet. Forskning och utbildning ska vara en integrerad del av organisationen så att innovationer säkerställs, implementeras och kompetensförsörjningen garanteras.

## 3.2 Den moderna framåtsyftande vården

Genom en utveckling av vården i enlighet med vision, mål och grundprinciper för Nätverkssjukvård skapas förutsättningar för läkande vårdmiljöer och bättre arbetsmiljö för vårdens medarbetare. Ett holistiskt synsätt med individens behov i centrum ska vara basen för utveckling av organisation och arbetssätt i vården. Pågående och kommande utvecklingsprojekt t.ex. inom 4D ger underlag för utveckling av en mer patientinriktad modern och framåtsyftande vård.

Lokaler utformas för att stödja denna utveckling. Patientens tillfrisknande underlättas samtidigt som personalens arbetsmiljö förbättras. Genom de satsningar som görs i byggnader kan dåliga vårdmiljöer tas bort och nya mer funktionella och anpassade miljöer till nya arbetssätt skapas.

En god psykisk miljö är avgörande för patienter och medarbetare. Det finns möjligheter att bygga vidare på det som fungerar bra i dagens vård samtidigt som det som fungerar mindre bra bör utvecklas eller avvecklas.

Även utveckling av fungerande IT stöd ger ökad trygghet för patienterna och för medarbetare i vården. Samspelet mellan patienten och vårdgivaren kan underlättas, samverkan mellan vårdgivare förbättras och arbetssätt effektiviseras.

# 4 Utgångspunkter för genomförandet

## 4.1 Utmaningar och risker

Arbetet med Framtidsplanen är inne i ett konkretiserings- och genomförandeskede. För att säkerställa detta har utmaningar och risker analyserats i syfte att utarbeta planer för fortsatt arbete.

Med hjälp av intervjuer med ett antal intressenter och aktörer inom och utanför landstinget har en inventering genomförts. Inventeringen identifierar strategiska och kritiska utmaningar med potentiell påverkan på genomförandet:

- Om genomförande av investeringar och flytt av vård försenas finns risk för att vårdproduktion inte kan upprätthållas.
- Nuvarande styrmodell behöver utvecklas för att stödja att Framtidsplanens målbilder uppnås.
- Stora investeringsvolymerna och omställningskostnader ger påfrestningar på det finansiella resultatet för Stockholms läns landsting.
- eHälsa och informationshantering som är kritiska förutsättningar behöver utvecklas för att möjliggöra etableringen av ett nätverksorienterat arbetssätt.

- Förändringsledarskapet behöver utvecklas och målbilden kommuniceras för att centrala funktioner och vårdgivare ska kunna ta det aktiva ägarskap som krävs i genomförandet.
- För att Framtidsplanen ska kunna genomföras enligt tidsplan måste en tydlig styrning med analys- och beslutsunderlag tas fram löpande.
- Den vård på och utanför akutsjukhusen som får ett större vårduppdrag måste byggas ut i god tid för att klara det ökade behovet.
- Säkerställa tillgång till personal med rätt profil och kompetens för att upprätthålla vårdkapacitet, patientsäkerhet och flexibilitet inom ramen för Nätverkssjukvården.

Hanteringen av och det fortsatta arbetet med dessa utmaningar och risker framgår av förslagen i avsnitt 7 ”Fortsatt genomförande”.

## 4.2 Finansiella förutsättningar

Stockholm läns landsting genomför en unikt stor satsning på framtidens hälso- och sjukvård. Satsningen tar sin utgångspunkt i patientens möte med hälso- och sjukvården men också i uppdraget att skapa en så effektiv hälso- och sjukvårdsstruktur som möjligt. Detta görs genom att patienten i framtidens hälso- och sjukvård tas om hand med rätt kompetens, i rätt tid och på rätt plats.

En ekonomisk utmaning uppstår framför allt under perioden 2015 till 2020. Huvudorsaken är att då börjar kostnaderna för Nya Karolinska Solna uppstå samtidigt som kostnader kvarstår för vård och lokaler vid nuvarande Karolinska Solna. Vidare tillkommer kostnader för investeringar och utökad vård hos övriga vårdgivare. Under perioden 2015 till 2018 förväntas även betydande omstruktureringskostnader att belasta landstingets budget.

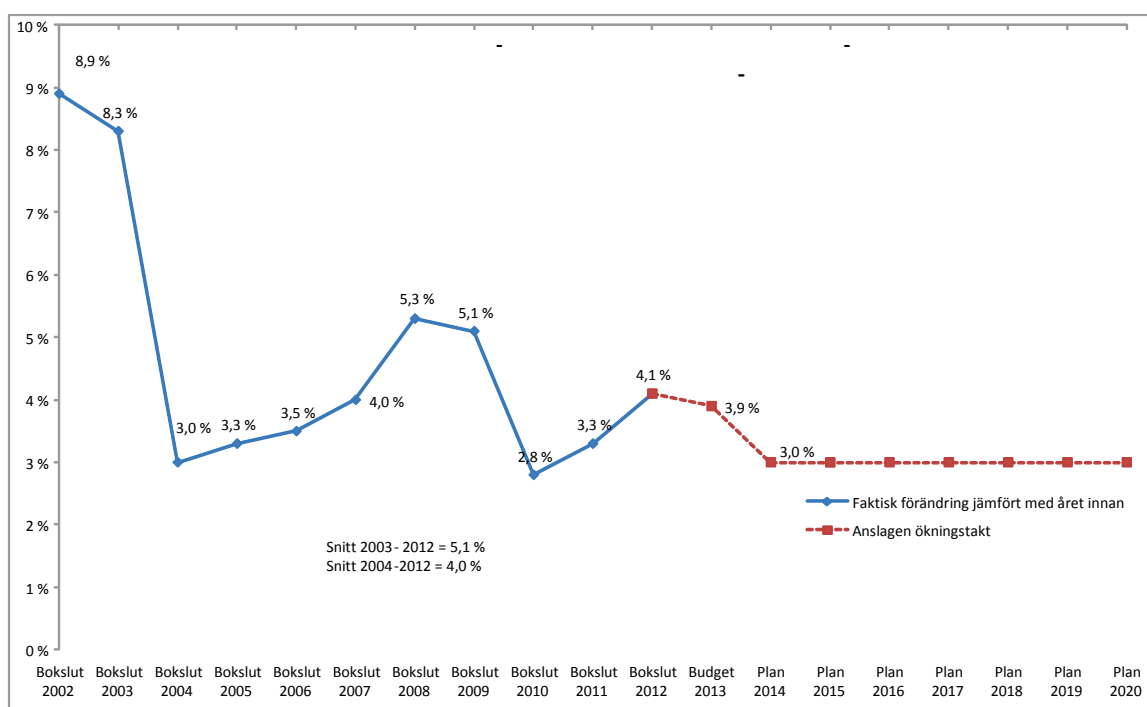
Beslut har ännu inte fattats om hur de kostnader som är hänförliga till genomförandet av Framtidsplanen ska fördelas mellan berörda aktörer inom Stockholms läns landsting. Därför presenteras i tabell 1 en kostnadskalkyl på övergripande nivå för landstinget som helhet.

**Tabell 1 Kostnader i miljoner kronor i löpande priser för den nya hälso- och sjukvården inom Stockholms läns landsting**

<b>KOSTNADER</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2020</b>
<b>Landstingsfinansierad vård inkl. generella effektiviseringar</b>	46 230	47 712	49 008	50 517	51 808	53 055	55 099	58 024
<b>Kostnader förknippade med NKS (exkl. beställd vård)</b>		40	150	230	1 830	2 270	2 710	2 640
<b>Omstruktureringskostnader</b>					1 000	1 000	1 000	
<b>Kostnader för tioårig investeringsplan</b>		235	300	400	460	990	1 050	1 230
<b>Summa</b>	<b>46 230</b>	<b>47 987</b>	<b>49 458</b>	<b>51 147</b>	<b>55 098</b>	<b>57 315</b>	<b>59 859</b>	<b>61 894</b>

## Kostnader för landstingsfinansierad vård, inklusive generella effektiviseringar

Under 2000-talet har kostnaderna för köpt vård ökat med i genomsnitt fyra till fem procent per år. Kostnadsökningstakten i hälso- och sjukvården har varit högre än i andra sektorer. Under enskilda år har dock kostnadsökningen avvikit kraftigt från den långsiktiga trenden. Under 2010 och 2011 låg kostnadsökningstakten på cirka tre procent, vilket är betydligt under den historiska trenden. Under 2012 ökade dock kostnadsökningstakten till 4,1 procent. I diagram 3 har det antagits att kostnadsökningstakten för beställd/planerad vård kan begränsas till i genomsnitt 3 procent per år fram till och med 2020. Effektiviseringskrav på 2 procent årligen är då inkluderade i kalkylen.



**Diagram 3** Nettokostnadsutveckling i hälso- och sjukvården 2002 – 2012 med antagande för åren 2013 -2020

## Kostnader förknippade med NKS

Nya Karolinska Solna finansieras i en så kallad offentlig privat samverkan (OPS). Det innebär att de framtida kostnaderna för byggnaden och anslutande fastighetsrelaterade tjänster är kända eftersom de anges i ett avtal. Kostnaderna för OPS-avtalet uppgår från 2018 till knappt två miljarder kronor per år. Motsvarande kostnader för Karolinska Universitetssjukhuset i Solna idag bedöms till cirka 800 miljoner kronor. Bedömningen är att fastighetskostnaderna för nuvarande Karolinska Solna efter flytten till Nya Karolinska Solna halveras till 400 miljoner kronor.

Kostnader för investeringar i medicinteknisk utrustning och andra inventarier på Nya Karolinska Solna tillkommer utöver kostnaderna för OPS-avtalet. Dessa beräknas totalt uppgå till drygt 1 miljard kronor per år från 2018. Avskrivningstiderna för sådana investeringar är betydligt kortare än för själva fastigheten, vilket medför att de får en stor effekt på de totala kostnaderna.

### Kostnader för omstrukturering

Omstruktureringskostnaderna till följd av förändringarna i Framtidsplanen är fortfarande oklara och därför inlagda som en schablon i kalkylen om tre miljarder kronor under tre år. Ett exempel är avskrivningar för utrustning som används i nuvarande verksamhet på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna, men som inte kan överföras till det nybyggda sjukhuset. Avskrivningskostnaden för sådan utrustning beräknas till 100 mkr, men kan reduceras om andra verksamheter kan överta utrustningen. Incitament för sådan överföring behöver skapas. Kalkylen för omstruktureringskostnaderna kommer att preciseras i det fortsatta arbetet.

### Tioårig investeringsplan

Kostnaderna för investeringarna kommer att öka till följd av satsningen i den tioåriga investeringsplanen. Totalt kommer de årliga kostnaderna för investeringsplanen att motsvara cirka två procent av den köpta vården från 2018. I arbetet med att ta fram detaljerade beskrivningar av investeringarna är det också nödvändigt att fokusera på hur effektiviteten och produktiviteten kan öka till följd av investeringarna.

#### 4.2.1 Finansiella effektiviseringar

Kostnadskalkylen ovan inkluderar endast tidigare beslutade generella effektiviseringskrav på 2 procent. I särskilt ärende till landstingsfullmäktige föreslås en modell för kostnadsfördelning för strategiska investeringar. Den innebär att vårdgivaren ska utnyttja investeringens möjligheter till effektiviseringar, vilka kan beräknas till mellan 0,5 till 1,2 procent. Även för vården vid Nya Karolinska Solna kan en sådan effektiviseringsmodell tillämpas.

Då inriktningen av framtidens hälso- och sjukvård sker mot mer vård utanför akutsjukhusen, finns större möjligheter att hantera delar av finansieringen av kostnaderna för Framtidsplanen fram till 2020. Potentiella kostnadsminskningar för omfördelning av vård från akutsjukhusen som inte kräver akutsjukhusets resurser och alternativa vårdformer kan också inkluderas i kalkylen. Flera exempel på effektiviseringsåtgärder finns i avsnitt 2.2 "Utvecklingsområden för ökad effektivitet".

## 4.3 Kompetensförsörjning och utbildning

Kommande utökning av sjukvårdsutbudet och förändringar i sjukvårdsstrukturen innebär att fler personer kommer att behöva arbeta inom vården. En utökning av antalet vårdverksamheter, fler arbetsgivare och förändrade arbetssätt för ökad och effektiv samverkan kring patienten ger möjligheter till utveckling. Fler personer med vårdutbildning, men även andra personalkategorier som ingenjörer, vårdcoacher, servicepersonal kommer att behövas.

En av de grundläggande principerna är att det ska finnas rätt kompetens i hela Nätverkssjukvården. Det kräver att alla verksamheter bidrar till kompetensförsörjning såväl till den egna verksamheten som till vårdsystemet i stort. Detta gäller för såväl landstingets egna verksamheter som för privata vårdgivare. Mer specialiserad vård kommer att erbjudas utanför akutsjukhusen, vilket ökar kraven på samarbete runt kompetensförsörjning.

Personalrörlighet mellan olika vårdgivare kommer att öka. För att förenkla och underlätta rörligheten pågår ett arbete som ska möjliggöra att nya arbetssätt och samarbetsformer mellan vårdgivare utvecklas. Som en del av detta arbete sammanställs befintliga processer och regelverk för verksamhetsövergångar och utmynnar i en detaljerad plan. Denna blir vägledande och styrande för arbetet med personalrörlighet. De arbetsrättsliga och avtalsmässiga frågeställningar som kan uppstå beroende av olika driftformer bland vårdgivarna, till exempel olika pensionsavtal, är viktiga frågor i detta arbete.

Patienternas samlade behov avgör vilken kompetens som krävs inom respektive verksamhet. De prognoser som länsstyrelsen med flera tar fram när det gäller tillgång till sjukvårdspersonal visar ett ökat behov av grund- och specialistutbildade sjuksköterskor samt läkare, särskilt inom vissa specialiteter. Prognoserna visar även på en stor brist på omvårdnadspersonal inom kommunernas vård- och omsorgsverksamheter.

En modell för framtida kompetensbehov utvecklas. Denna bidrar till enhetliga och samstämmiga underlag som stöd för hälso- och sjukvårdens aktörer och den centrala planeringen av kompetensförsörjningen. Även tydliga processer och rutiner för en effektiv styrning av kompetensförsörjningen i hela hälso- och sjukvården tas fram.

Det pågår också ett arbete med att ta fram en modell för hur den kliniska utbildningen ska förändras. Förutsättningarna för verksamhetsförlagd utbildning kommer ändras i och med att en ökande andel av såväl öppen- som slutenvård kommer att bedrivas utanför akutsjukhusen. Dessutom innebär subspecialisering och profilering att vårdgivare, som tidigare hade ett brett vårdutbud, inte självständigt kan erbjuda studenterna en tillräckligt bred utbildning. Modellen måste därför omfatta tillgång till platser för verksamhetsförlagd utbildning och utveckling av en ny ersättningsmodell.

En särskild kommunikationsplan för att säkerställa att chefer och medarbetare i vården blir delaktiga i förändringarna i relation till Framtidsplanen utarbetas. Detta sker genom kontinuerlig kommunikation om förslag till åtgärder och beslut. Strategier, budskap och aktiviteter anpassas fortlöpande till övrig kommunikation kring Framtidsplanen.

## 4.4 Förutsättningar för investeringar

Utgångspunkten för investeringar i hälso- och sjukvården är den vård som beskrivs i Framtidsplanen. Utbyggnaden av öppen och sluten vård kommer särskilt att ske utanför akutsjukhusen. Antalet vårdplatser kommer även öka inom akutsjukvården. För verksamhetsmässigt ändamålsenliga lokaler vägs även lokalanpassningar, förändrade myndighetskrav och byggnadernas skick in i det totala behovet. Den tioåriga investeringsplanen som beskrivs i avsnitt 6.2 syftar till att ta helhetsgrepp för investeringar för hälso- och sjukvården i de landstingsägda fastigheterna under de kommande tio åren. En långsiktig strategi för investeringar i hälso- och sjukvården är avgörande för att genomföra Framtidsplanen och för att trygga lokalförsörjningen på lång sikt.

I Framtidsplanen första steget beskrivs principer för investeringarna utifrån framtida struktur, värdeeffekt, stegvis utbyggnad, balans mellan olika behov, ekonomi, och genomförande. Dessa principer har legat till grund för prioriteringarna i den tioåriga investeringsplanen. En funktion med ansvar för strategiska fastighetsfrågor och investeringar har inrättats inom landstingsstyrelsens förvaltning. Övergripande projektorganisation och organisation för de enskilda projekten håller på att byggas upp och förstärkas. Diskussioner har inletts med kommuner och andra aktörer och intressenter för att undersöka alternativa lösningar för lokaler på sjukhus. Exempel på en sådan fråga är att finna alternativa lokaler till den vård som idag bedrivs i Handens sjukhus.

De inriktningar för investeringar som beskrevs i Framtidsplanen första steget står fast. Justering av investeringsbeloppen över tid och mellan projekt förekommer dock och beskrivs övergripande under avsnitt 6.2, "Tioårig investeringsplan för hälso- och sjukvården"

### 4.4.1 Principer för uthyrning av strategiska lokaler

Landstinget äger eller hyr lokaler som betraktas som strategiska för att säkerställa tillgång till lokaler i ett visst område eller för viss vård. När dessa lokaler hyrs ut till vårdgivare, offentliga eller privata, bör detta ske på sådant sätt att vårdgivarnas hela uppdrag – inklusive forskning och utbildning – kan garanteras. Exempel på principer är vilka kriterier som ska ställas är att definiera vilken vård ska bedrivas i lokalerna.

Landstingsfullmäktige uppdrog 2011 till landstingsstyrelsen att besluta om principer för uthyrning av vårdlokaler. Som svar på detta finns i bilaga en utförligare beskrivning och modell för uthyrning av lokaler med ett förslag till principer.

## 4.5 eHälsa och strategisk IT

Dagens IT-stöd behöver förändras för att möta framtidens hälso- och sjukvård i en ny struktur. När flera vårdgivare samarbetare i nätverk runt patienten behöver vårdgivare, patienter och andra aktörer enkelt få tillgång till all för dem relevant information i hela processen.

Kopplat till Framtidsplanens målbild har övergripande strategi för eHälsa och IT tagits fram. Huvudmålet är att säkerställa tillgång till nödvändig information av god kvalitet via eHälsotjänster med hög användbarhet baserat på ett standardiserat och säkert informationsutbyte mellan olika systemlösningar och aktörer. I första hand återanvänds nationella eHälsotjänster och standarder där IT-system för vården och infrastrukturen anpassas för att möjliggöra informationsutbytet.

Mer konkret uttrycks detta i ett antal delmål som:

- Tillgång till egen patientdata och Egenvård och hälsa  
skapar förutsättningar för säker tillgång till information om egen vård och hälsa samt skapar förutsättningar för att patienten själv ska orientera sig i vården.
- Säker och enkel tillgång till information och Lättanvänd, funktionell arbetsplats  
skapar förutsättningar för målinriktade vårdgivare som levererar hälsofrämjande vård med hög effektivitet och patientsäkerhet.
- Samordnade vårdprocesser och Värdebaserad vård  
skapar förutsättningar för att patientens samlade vårdbehov tillgodoses i en sammanhållen vårdkedja där alla aktörer känner ansvar för helheten.
- eHälsa och innovation  
är en nyckelförmåga som skapar förutsättningar för hela målbilden samt även för att på sikt utveckla denna.
- Robust och flexibel infrastruktur  
är en nödvändig förutsättning för att ge säker tillgång till information och tjänster till invånare, beslutsfattare och vårdaktörer på en öppen vårdmarknad.

### 4.5.1 Stöd för patienter och allmänhet

En nödvändig förutsättning för att målen i Framtidsplanen ska kunna uppnås är att det finns ett ändamålsenligt och tillräckligt utbud av tjänster som möjliggör för patienten att medverka i sin egen hälso- och sjukvårdsprocess.

eHälsotjänster stödjer att patienten upplever vården som en samverkande helhet. Invånartjänster underlättar för individen att hitta rätt vård utifrån behov, inkluderande stöd för egenvård. Mina Vårdkontakter(MVK) är det gränssnitt som används för att utveckla tjänster där individen kan ta del av vårddokumentation och kommunicera med vårdgivarna.

Viss hälso- och sjukvård kan utövas av patienterna själva i hemmet. eHälsotjänster via nätet kan stödja patienter och närstående kring egenvård.



Självservice-tjänster har skapats via MVK och fler är under utveckling. Exempel på tjänster är att patienter själva kan initiera provtagning, boka tid och ta del av provsvar. Tidsbokning är nu möjlig att erbjudas av vissa verksamheter, krav behöver ställas så att alla vårdgivare erbjuder detta. Formulär har utvecklats som kan användas för bland annat lämnande av hälsouppgifter och annan information inför ett besök eller en behandling. Invånarna ska ha möjlighet att själva komma åt sina journaluppgifter, exempelvis om vaccinationer – eTjänst Journal på nätet utvecklas.

#### 4.5.2 Stöd för vårdgivarna

Det behöver finnas tjänster som ger vårdgivare och andra aktörer det stöd de behöver för att kunna tillgodose patientens samlade vårdbehov i en sammanhållen vårdkedja med hög säkerhet, kvalitet och effektivitet.

Vårdgivarna behöver också stöd i sin samverkan kring patienten i en Nätverkssjukvård. Exempel på sådan utveckling är stöd för en säker överföring av patienter mellan olika vårdgivare. När flera vårdgivare arbetare i nätverk runt patienten behöver vårdgivare, patienter och andra aktörer enkelt få tillgång till all för dem relevant information i hela processen. Utvecklingen av den nationella patientöversikten är ett exempel på denna utveckling.

Exempel på nödvändiga utvecklingsarbeten är beslutsstöd för att öka patientsäkerhet och för bättre följsamhet till vårdprogram med evidensbaserade metoder och läkemedelsförskrivning. Andra exempel är Vårdgivarguiden, en samlad portal för vårdgivartjänster och kommunikation som införs under 2013. och eRemisser. Det måste vara möjligt att överföra remisser elektroniskt mellan olika vårdsystem, ett försök med eRemisser har påbörjats och planerna är att ett breddinförande påbörjas under 2013. En koppling mellan eRemissen och beslutsstödet VISS planeras.

Vården står inför utmaningar i form av behov av effektiviseringar vilket förutsätter stöd i verksamhetsprocesserna och att IT-stödet bidrar till innovation i verksamheten för förbättrad patientsäkerhet, kostnadseffektivisering, kvalitetshöjning och implementering av ny kunskap.

#### 4.5.3 Stöd för uppföljning och ersättning

En grundläggande förutsättning för informationssystemen är utvecklingen av beskrivningssystem. Under 2014 prioriteras arbetet med att utveckla beskrivningssystem för öppenvård och primärvård.

Tjänster för uppföljning av vården ska kunna användas av både vårdgivare och beställaren. Delar av denna information kan användas som underlag för ersättning. Angelägna områden att utveckla är effekter av insatta åtgärder samt uppföljning av hela vårdkedjor – där ofta många vårdgivare är inblandade. Målsättningen är att skapa förutsättningar för att införa en värdebaserad ersättning inom flera områden.

#### 4.5.4 Teknisk infrastruktur

Grunden för att tjänsterna ska kunna leverera det förväntade värdet ligger i en gemensam informationsinfrastruktur som möjliggör standardiserat, producentoberoende utbyte av information med hög konfidentialitet, riktighet och tillgänglighet baserat på en gemensam informations- och begreppsmodell.

En nyckelkomponent som håller på att utvecklas är en öppen tjänsteplattform. Tjänsteplattformen är en teknisk plattform som förenklar, säkrar och effektiviserar informationsutbytet mellan olika IT-system i vård och omsorg.

För att kvaliteten på informationen ska vara tillräckligt hög samt för att tjänsterna ska vara tillgängliga där de behövs och när de behövs krävs förbättringar av underliggande IT-systemen och den tekniska infrastrukturen.

### 4.6 Styrning i Nätverkssjukvården

Framtidsplanens målbild visar hur hälso- och sjukvården i länet ska se ut 2025. För att få hela vårdssystemet att verka åt samma håll behöver styrningen av hälso- och sjukvården utvecklas för att säkerställa Nätverkssjukvården enligt de grundläggande principerna.

#### 4.6.1 Finansiärens/beställarens styrning

Avtalsstyrning och kunskapsstyrning utgör huvudinstrument i finansiärens styrning och ska samordnas ytterligare för att förstärka och effektivisera styrningen. Beställarorganisationens arbetssätt utvecklas därför utifrån den nya visionen ”För framtidens hälsa och vård. Idag, imorgon, tillsammans.” som har tagits fram för hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Kunskapsstyrningen kommer i allt högre grad att integreras med vårdavtal för utveckling av framtidens hälso- och sjukvård. Kunskapsstyrning som baseras på evidensbaserad kunskap är en förutsättning för att framgångsrikt implementera framtidens hälso- och sjukvård. Grunden för kunskapsstyrning är en avvägning mellan det vetenskapliga stödet – evidensen – för en viss medicinsk åtgärd och dess kostnad. Det kan röra sig om diagnostik, utredning, vårdprogram eller behandling med läkemedel. Nyttan sätts i relation till kostnaderna för varje behandlad patient och för samhället som helhet.

I Nätverkssjukvården ingår alla vårdgivare i ett nätverk kring den enskilda patienten. Vården ska utvecklas med ett närmare samarbete när flera vårdgivare utför olika delar i vården av samma patient. Vårdavtalen utvecklas för att möjliggöra och ställa krav på samordning på vårdgivarna. Uppföljning av vården utformas så att det blir möjligt att följa upp hur samverkan mellan vårdgivarna fungerar.

Akutsjukhusens flerårsavtal löper fram till och med 2015. Därefter ska nya avtal utvecklas för dem. Ett område som snabbt behöver lyftas är hur akutsjukhusen ska verka under en övergångsperiod från nuvarande verksamhet till dess vården vid det nybyggda sjukhuset i Solna är i full drift. Frågorna gäller i första hand Karolinska universitetssjukhuset, men berör alla akutsjukhus.

#### 4.6.2 Vårdval

Vårdval är det viktigaste medlet för att utveckla den hälso-och sjukvård utanför akutsjukhusen som inte behöver akutsjukhusets resurser. Nya vårdval utvecklas inom bland annat allergologi, reumatologi, neurologi, urologi, allmän kirurgi, internmedicin och smärtbehandling. För att både dessa nya och befintliga vårdval ska kunna ta emot och utföra sjukvård som idag bedrivs på akutsjukhusen behöver krav och förutsättningar utvecklas. För att få utföra de mer avancerade åtgärderna ställs stora krav på att vårdgivaren har tillgång till resurser, olika kompetenser och erfarenheter. För att klara detta måste den som ska utföra denna vård antingen själv ha stora resurser eller ingå i ett större sammanhang i samverkan med flera andra vårdgivare. En etablerad samverkan med ett akutsjukhus kring patientströmmar, FoUU, personalsamverkan inklusive jour och beredskap med mera är sannolikt en annan förutsättning. Tydliga krav måste ställas på dessa vårdgivare att delta i – och samverka med andra vårdgivare om – kompetensförsörjning och utbildning av blivande medarbetare inom vården. Forskningen och utveckling måste också ges ett tydligt utrymme i den vård som bedrivs. Inom vårdvalen ska det finnas möjlighet att bedriva slutenvård. Samtidigt som det ställs högre krav på de vårdgivare som ska utföra den avancerade vården ska också vårdvalen ge möjlighet för mindre vårdgivare att bedriva specialiserad vård – på samma sätt som nuvarande vårdval innebär.

Vårdvalen för den somatiska specialistvården är uppdelade i nivåer. Ett basuppdrag som alla som är godkända utför samt ett eller flera tilläggsuppdrag. För att bli godkänd för ett tilläggsuppdrag ställs högre krav på tillgång till resurser och kompetenser. För att utföra den mer avancerade vården som idag utförs på akutsjukhusen utvecklas vårdvalen med ytterligare tilläggsuppdrag. Dessa ger rätt att utföra mer avancerad vård om man uppfyller kraven för detta.

#### 4.6.3 Ersättningar och beskrivningssystem

Vårdens ersättningssystem utvecklas löpande. För att utveckla dessa enligt Framtidsplanens intentioner krävs väl fungerande IT-stöd som på ett rationellt och korrekt sätt hanterar den information som ska ligga till grund för ersättningarna. Utvecklingen kräver också ett system som på ett enhetligt sätt beskriver det som sker i vården. Förekomsten av beskrivningssystem varierar mellan olika vårdområden. Utvecklingen av ersättningssystem sker därför med två perspektiv både långsiktigt och kortsiktigt. De juridiska förutsättningarna kring Patientdatalag och Patientsäkerhetslag behöver klargöras då det påverkar möjligheten att utforma ersättningsmodeller där patientens väg mellan olika vårdgivare ersätts.

I det korta perspektivet ses ersättningarna i vårdvalen över, samordnas och standardiseras. För att minska risken för övervältring av kostnader mellan vårdgivare eller under-/överutnyttjande av läkemedel och medicinsk service sker en översyn av vårdgivarnas kostnadsansvar. Ersättningsmodeller för eHälsotjänster – till exempel psykiatri på nätet – införs. Utveckling av ersättning för vårdepisoder/vårdkedjor prioriteras.

Ersättningssystemen ska stimulera vårdens medarbetare att arbeta säkert och effektivt. Ersättningssystemen ska även bidra till god tillgänglighet och att vårdgivarna arbetar i vårdkedjor. Nya värdebaserade ersättningar ska premiera goda hälsoutfall. Ofta saknas nödvändiga förutsättningar för att utveckla värdebaserade ersättningar. Det långsiktiga arbetet innebär att identifiera och ställa krav på de förändringar som behövs i beskrivningssystem och IT-stöd samt att nya kvalitetsindikatorer utvecklas. Utvecklingen av beskrivningssystemen prioriteras inom det område där behovet är störst nämligen öppenvården.

För utvecklingen av nätverkssjukvården förutsätts att alla vårdgivare har direkt åtkomst till en gemensam vårddokumentation. Med en sådan skapas bättre förutsättningar för att utveckla ersättningarna, samtidigt som forskningens behov av tillgång till vårdinformation bättre tillgodoses. Investering i verksamhetsstödande IT-system är därför nödvändiga för utvecklingen av ersättnings- och uppföljningssystem där flera vårdaktörer är involverade kring samma patient.

Ersättningssystemen ska innebära så lite administrativt arbete som möjligt för vårdgivare och för landstinget. Detta innebär att ersättningssystemen i möjligaste mån utgår från den rapportering som vårdgivarna ändå gör för att beskriva den vård de utfört.

### 4.6.4 Ägarstyrning

De stora förändringar som nu inleds utifrån Framtidsplanen påverkar hur landstinget som ägare måste styra sin egen vårdverksamhet. Det är viktigt att ägarstyrning och beställarstyrning verkar i samma riktning för att Framtidsplanen ska kunna genomföras.

En stor del av hälso- och sjukvården utförs av vårdgivare som ingår i landstingets organisation. Här finns Karolinska Universitetssjukhuset, Södersjukhuset och Danderyds sjukhus, Södertälje sjukhus, Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO) samt Folk tandvården och landstingets andel av TioHundra i Norrtälje. För hälso- och sjukvård i egen regi har landstinget ett ägaransvar. Detta innefattar bland annat att ge förutsättningar för vårdens utförande, att följa upp verksamheternas ekonomi, ansvar för den egna personal- och kompetensförsörjningen. Detta ägaransvar utövas av Landstingsfullmäktige som ger uppdrag åt verksamheternas styrelser. Ägarstyrningen förstärks nu i organisationen och ett led i detta är att ägardirektiven ska utvecklas, ett arbete som inleds under 2013.

## 4.7 Forskning, grundutbildning, innovation och utveckling

Hälso- och sjukvården har flera uppgifter; att vårda patienter, utbilda för att trygga framtida kompetensförsörjning samt forskning och utveckling med syfte att utveckla nya behandlingsmetoder. Vårdens olika verksamheter ska arbeta i nätverk runt patienten med hela sjukvårdsuppdraget.

Den kliniska forskningens främsta syfte är att främja individens och befolkningens hälsa. En grundläggande förutsättning är att klinisk utbildning och forskning bedrivs i hälso- och sjukvårdsmiljöer som håller mycket hög kvalitet. Klinisk forskning bör drivas i en sådan miljö som representerar bästa tillgängliga vård utifrån dagens kunskaper.

Traditionellt sett sker en stor del av utbildningen och forskningen vid akutsjukhusen och framför allt vid Karolinska Universitetssjukhuset. När allt mer vård kan bedrivas utanför akutsjukhusen påverkar det förutsättningarna för forskning, utbildning och utveckling. Förutsättningar måste skapas för att det ska vara möjligt att hålla en mycket hög kvalitet i både forskning, utveckling, och utbildning av vård- och medicinstuderande, och samtidigt sträva efter att ta tillvara hela sjukvården.

Stockholms akademiska sjukvårdssystem ska innehålla akademiska noder där det medicinska lärosätet och andra utbildningsorgan samarbetar med såväl offentliga som privata vårdgivare, små som stora, exempel är akademiska vårdcentraler och sjukhus med specialistvård. För att detta ska fungera väl krävs bland annat att en sammanhållen och stärkt infrastruktur med kvalitetsregister, biobanker, IT-stöd och vårdinformatik utvecklas.

En stark universitetssjukvård innebär att vårdgivarens samlade uppdrag för hälso- och sjukvård, inkluderande patientnära forskning, utveckling och utbildning tydliggörs. Konkreta krav gällande vårdgivarnas respektive ansvar, till exempel skyldighet att delta i biobanker och att rapportera till kvalitetsregister, ställs i vårdavtalen. Ersättningssystemen ska stödja vårdgivarnas samlade uppdrag att förbättra hälsa och ge tillräckligt långsiktiga incitament att bedriva forskning, grundutbildning och utveckling. Uppföljning och utvärdering av FoUU-aktiviteter ska ske på både systemnivå och hos enskild vårdgivare.

Projekt 4D är ett samarbetsprojekt mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet som innebär studier av fyra av de vanligaste folksjukdomarna. Det övergripande syftet är att bidra till bättre hälsa genom att skapa förutsättningar för kunskapsbyggande och informationsöverföring inom vård och forskning. Projektet ska även bidra till att stärka patientens insyn och delaktighet genom utvecklingen av exempelvis eHälsa samt snabbare omsätta forskningsresultat i praktiken.

De fyra sjukdomsdiagnoser som studeras är artrit (ledinflammation), bröstcancer, diabetes typ 2 och hjärtsvikt. Dessa är utvalda för att de är stora folksjukdomarna och tillsammans belyser olika utmaningar i vårdkedjan. Det är inte en prioritering av vilka forskningsområden som är viktigast. Avsikten är att de lösningar som tas fram i 4D sedan ska införas i övrig verksamhet.

Grundläggande för att kunskap och erfarenhet från vården ska kunna överföras och användas både av andra vårdgivare och i forskningen är ett välfungerande informationssystem. Förnyelse och omvandling är nödvändigt för en fortsatt välståndsutveckling, särskilt för att skapa en väl fungerande hälso- och sjukvård och kollektivtrafik. För att klara detta krävs innovationer. En innovation är en ny, lovande och fungerande idé, till exempel en vårdtjänst, produkt, arbetsmetod, arbetsorganisation, affärsidé eller teknologi. Att använda en redan existerande metod på ett nytt sätt kan också vara en innovation.

Bättre förutsättningar för att pröva och testa nya idéer, följa upp resultaten samt sprida goda exempel i vården behöver skapas. Landstinget har flera viktiga innovationskanaler och ger också stöd till en rad klusterorganisationer med syfte att underlätta för innovationer och företagande. SLL Innovation är en innovationssluss som ger stöd till både landstingets personal och privata företag att förverkliga idéer och utveckla produkter. Idérådet inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, har uppdraget att stödja förslag på nya tjänster, processer och organisatoriska lösningar som kan främja hälso- och sjukvårdens utveckling och förbättring. Innovationsplatsen – inom ramen för Karolinska Universitetssjukhuset – förmedlar kompetens, tjänster och testbäddar framför allt inom området medicinsk teknik. Landstingets samarbete med KI och KTH utgör viktiga plattformar för att stärka innovationssystemet.

## 4.8 Kommunikation

I Framtidsplanen andra steget- konkretisering av det fortsatta arbetet – ska kommunikationen särskilt inriktas på nedanstående punkter.

### Stödja förändringar

Kommunikationen ska ge stöd och vägledning under de kommande åren av förändringar för dem som leder, arbetar i och använder vården. Vårdgivarna ansvarar för sin interna kommunikation om och förankring av förändringar i den egna verksamheten. Kommunikatörernas stöd till sina respektive ledningsfunktioner ska stärkas med målet att öka kraften i den interna kommunikationen inom varje verksamhet.

### Öka kännedomen om vårdens möjligheter

Den förnyade hälso- och sjukvårdsstrukturen innebär bland annat mer specialiserad vård nära invånaren, ökat samarbete mellan aktörer i vården och att husläkarmottagningarna får en stärkt roll som koordinatörer i vårdnätverket. För att invånare och patienter ska få största nytta av vårdens förbättringar ska ett strukturerat arbete drivas med att öka kännedomen om vårdens möjligheter och hur man enklast får den vård man behöver. Arbetet ska

drivas främst genom avsändaren 1177 Vårdguiden och kompletteras med vårdgivarnas egna kommunikationsinsatser.

### Stärkt samarbete mellan kommunikationsansvariga

En grundtanke i den framtida hälso- och sjukvården är att den organiseras runt patienten av vårdgivare som samverkar. Samarbete mellan vårdens kommunikationsansvariga ska också öka för att skapa effektivare styrning av kommunikationen och största nytta för invånare, patienter och vårdgivare. Utbyggd samverkan i kommunikationsfrågor med alla vårdgivare – även de privata – ska också skapas. Via ökat samarbete mellan vårdgivarnas kommunikatörer underlättas genomförande av förändringar, särskilt i de fall där flera vårdgivare samtidigt berörs av förändringar som rör till exempel verksamhet eller medarbetare.

### En kommunikationsstruktur med 1177 Vårdguiden som centrum

En förändrad struktur för hälso- och sjukvården innebär att strukturen för kommunikationen också ska förändras för att stödja patienter och vårdgivare. Därför ska antalet kanaler för kommunikation som landstinget använder öka så att fler invånare, patienter och vårdgivare kan kommunicera i de medier som är mest naturliga för dem.

Flera av de medier som landstinget kommer att använda är sådana som landstinget själv inte äger. Detta gäller t ex sociala medier. Även om antalet kanaler ökar ska avsändaren vara tydlig. Varumärket 1177 Vårdguiden ska stärkas ytterligare och användas som samlade avsändare för övergripande kommunikation om hälsa och vård.

För kommunikation med vårdgivarna ska det samlade varumärket och konceptet för kommunikation och tjänster bli Vårdgivarguiden som beräknas kunna lanseras i en första webbversion under 2013 då Uppdragsguiden successivt fasas ut.

Varje vårdgivare förvaltar, utvecklar och positionerar sina verksamheters varumärken i linje med Stockholms läns landstings fastställda riktlinjer för varumärkesarbete.

Styrningen av kommunikationsstrukturen följer övrig styrning av vården.

### Stödja kompetensförsörjningen

Vården kommer att behöva fler medarbetare. Medarbetare ska ha goda möjligheter att utvecklas och byta arbetsplats i vårdnätverket. Därför ska kommunikationsstödet öka i arbetet med den fortsatta kompetensförsörjningen. Arbetet inriktas på att öka kännedomen om hur vården byggs ut, vilka forsknings-, utbildnings- och utvecklingsmöjligheter som finns i de olika delarna av vården. Vid omflyttningar av vård ska konkret kommunikationsstöd finnas från både avlämnande och mottagande vårdgivare.

## Övergripande värderingar och strategier

I Framtidsplanens första steg definierades att kommunikationen ska styras utifrån ett antal värderingar, vilka gäller även i det fortsatta framtidsarbetet. Hälso- och sjukvården och kommunikationen om den ska upplevas vara:

- Trygg
- Tillgänglig
- Modern
- Omtänksam

I Framtidsplanen första steget definierades också att kommunikationen över tid ska genomföras utifrån följande strategier:

*På invånarnas villkor.* All kommunikation ska utgå från detta synsätt och präglas av det i kommunikationens innehåll, uttryck och övrig utformning.

*Stödja beteende.* Kommunikationen ska vara vägledande för alla som använder vården och för alla målgrupper stödja beteenden som leder till att Framtidsplanens målbild nås.

*Enkel och attraktiv.* Tydliga, enkla namn och begrepp ska användas för att beskriva vården och hur man hittar den vård man behöver. Kommunikationen ska anpassas till ökade krav på att vara visuellt tilltalande för en ökad effektivitet.

*Kommunicera helheten.* I all kommunikation ska delarna, t ex ett visst vårdområde eller en plats för vård eller tjänst sättas in i Framtidsplanens större sammanhang och syfte för att öka begripligheten och tydligheten.

### **Detta kapitel omfattar**

Kapitlet omfattar redovisningar och förslag till förändringar inom flera områden:

- Metod för och resultat av riskhantering
- Finansiella förutsättningar och ekonomiska utmaningar
- Pågående förändringsarbete för kompetensutveckling och utbildning
- Förutsättningar för investeringar och strategiska lokaler
- Utmaningar inom eHälsa och strategisk IT
- Förutsättningar för landstingets beställar- och ägarstyrning
- Utgångspunkter för forskning, innovation och utveckling
- Målbild för kommunikation



## 5 Förändringar i hälso- och sjukvården utifrån målbilden

Under det gångna året har ett antal aktiviteter genomförts i riktningen mot att genomföra Framtidsplanen. Vårdgivare, medicinska specialitetsråd, Karolinska Institutet med flera har tillsammans med Programkontoret och hälso- och sjukvårdsförvaltningen aktivt deltagit i ett stort antal möten och seminarier för att utveckla den framtida hälso-och sjukvården. Genom dessa har gränsöverskridande diskussioner förts mellan olika vårdgivare och vårdgrenar.

Upphandlingarna av geriatrisk vård och S:t Görans akutsjukhus har beaktat Framtidsplanens intentioner. Pågående förändringsarbete är införandet av flera vårdval inom somatisk specialistvård, vilket gör det möjligt att bedriva mer vård utanför akutsjukhusen. Arbetet med den regionala cancerplanen och dess fokus på vårdkedjan för olika cancerdiagnoser syftar till att förbättra patientens möte med och väg genom vården. I detta beaktas även FoUU-aspekter. Pågående samarbete runt 4D-projektet mellan Stockholms läns landsting och Karolinska Institutet är ytterligare exempel på pågående utvecklingsinsatser. Dessutom har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen ett pågående visionsarbete med utgångspunkt från Framtidsplanen.

För att uppnå intentionerna i Framtidsplanen krävs att arbete nu inriktas på genomförandet. Aktiviteter som syftar till detta beskrivs nedan.

### 5.1 Vårdnätverkets delar

Utifrån de uppdrag som lämnats av landstingsfullmäktige beskrivs i det följande slutsatser och förslag från det gångna årets arbete och förslag till framtida inriktningar inom olika vårdområden.

#### 5.1.1 1177 Vårdguiden

För invånare och patienter är 1177 Vårdguiden en nyckelfunktion för att öka kännedomen om vårdens möjligheter och hur man enklast får den vård man behöver. Invånartjänster underlättar för individen att hitta rätt vård utifrån behov, inkluderande stöd för egenvård.

Mina Vårdkontakter är det gränssnitt som används för att utveckla allt fler tjänster där individen kan ta del av vårddokumentation och kommunicera med vårdgivarna. Viss hälso- och sjukvård kan utövas av patienterna själva i hemmet. eHälsotjänster via nätet kan stödja patienter och närstående kring egenvård. Självservice-tjänster har skapats via Mina Vårdkontakter och fler är under utveckling.

### 5.1.2 Husläkarverksamheterna

Under det gångna året har en ny ersättningsmodell för husläkarverksamheterna införts där deras ansvar tydliggörs. Vidare har det akuta omhändertagandet analyserats och diskussioner om husläkarverksamheternas ansvar för detta har initierats. En utveckling av beskrivningssystemen planeras.

I utvecklingen av husläkaruppdraget ska rollen som första linjens hälso- och sjukvård stärkas, vilket även gäller akutverksamheten. Rollen som koordinator i nätverkssjukvården tydliggörs, särskilt gällande patienter med stora behov av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet. I en tid då vården blir alltmer specialiserad blir verksamheter som omfattar generalistkompetenser allt viktigare.

Fler patienter kommer att vårdas utanför akutsjukhusen vilket innebär att husläkarverksamheterna får ett större uppdrag. Det ställer krav på deras samlade kompetens och organisation samt utvecklade beskrivningssystem och stödjande ersättningsmodell. Många av dagens mindre husläkarmottagningar har ett för litet patientunderlag för att kontinuerligt upprätthålla tillräcklig kompetens och bredd för att klara framtidens krav. Det ska därför övervägas om det successivt ska införas en gräns för hur liten en husläkarmottagning kan vara. Det ska strävas mot större funktionella enheter. Liknande krav finns för exempelvis BVC och inom vissa somatiska vårdval.

Ett sätt att stärka husläkarverksamheterna är att de knyter till sig andra specialistkompetenser än de som idag ingår i husläkaruppdraget. Vårdvalen för både husläkarverksamheterna och övrig vård kan behöva utvecklas för att möjliggöra detta.

Befintliga och kommande eHälsotjänster som möjliggör samverkan med andra vårdgivare samt som stödjer patientens möte med vården ska användas. Även ett utökad deltagande i forskning- och utveckling är önskvärt.

### 5.1.3 Sjukvård i hemmet

Den största delen av vården utförs av individen själv och dess närstående i hemmet. Stöd för detta går att utveckla, bland annat via olika eHälsotjänster. 1177 Vårdguiden och tjänster inom Mina vårdkontakter utvecklas kontinuerligt för att förbättra möjligheterna till egenvård och annan vård i hemmet. Genom till exempel uppföljande samtal efter vårdkontakt skapas trygghet såväl för individen själv som för dennes vårdare. Detta möjliggör att fler inte behöver besöka vården akut.

Vårdval har införts inom avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) under 2013. Målgruppen har utökats att inkludera flera diagnosgrupper och omfatta både svårt sjuka äldre och barn. Vårdvalet förväntas öka utbudet. En upphandling har genomförts av jourläkarbilar som innebär ett fördubblat uppdrag från 2013.

Under 2015 planeras delar av den basala hemsjukvården att överföras till primärkommunerna som då tar över ansvaret för verksamheten med undantag av läkarinsatserna som ligger kvar på landstinget. Förändringen kommer att påverka hela sjukvården även om husläkarverksamheterna berörs mest. Flera

vårdgivare kommer inom slutenvården att hantera utskrivningsklara patienter. Rutiner för utskrivning till hemsjukvården behöver ses över.

Personer som saknar basal hemsjukvård men som periodvis sviktat behöver också insatser. Möjligheten till medicinska bedömningar i hemmet – inkluderande särskilda boenden – behöver öka för att förebygga behov av mer avancerad sjukvård. Detta ger en ökad trygghet för patienten och dess ordinarie vårdare.

Samverkan med kommun och hemtjänst samt andra vårdgivare är förutsättningar för att ge patienter en god vård. Uppdragen ska utvecklas så att möjlighet ges att i viss utsträckning utföra diagnostiska och behandlande åtgärder. När patienter som vårdas av ASiH behöver slutenvård bör ASiH kunna göra direktinläggningar hos andra vårdgivare.

Den Sjukhusanslutna Avancerade Barnsjukvården i Hemmet (SABH) erbjuder ett alternativ till slutenvård på akutsjukhus. Via denna utförs vården av multiprofessionella mobila vårdteam som utgår från akutsjukhuset. Vården stöds av modern IT för mobil användning som exempelvis modern telemedicin och kommunikationsteknik. Denna typ av verksamhet har goda förutsättningar att ytterligare utvecklas och även omfatta vuxna.

Generellt för all sjukvård som utförs av en vårdgivare i hemmet är att patienten måste känna tillit och trygghet till den vård som ges. Då skapas förutsättningar för att patienten kan vårdas i hemmet och inte behöver skrivas in i sjukvårdens slutenvård. En positiv följd av vård i hemmet är att risken för spridning av infektioner och uppkomst av förvirringstillstånd undviks.

#### 5.1.4 Det akuta omhändertagandet

Antalet besök på akutmottagningarna har under flera år ökat mer än befolkningsökningen. Om denna utveckling ska vändas krävs flera kraftfulla åtgärder. Patienter som behöver ett sådant omhändertagande ska tas om hand med rätt kompetens på rätt plats.

Det är möjligt att motverka att behov av akutsjukvård uppstår. Det sker genom förebyggande arbete där alla vårdgivare identifierar och följer upp sina riskpatienter, med uppföljning av patienter som besökt en akutmottagning eller skrivs ut från slutenvård. Aktiv hälsostyrning och läkemedelsgenomgångar är andra exempel på förebyggande arbete. Husläkarverksamheterna och 1177 Vårdguiden ger råd och stöd om egenvård till patienter, närstående och primärkommunal personal.

När behov av akut vård uppstår behövs förändringar för att stödja patienterna att hitta till rätt kompetens och rätt plats. En struktur för det akuta omhändertagande som är tydlig och begriplig för vården, för patienterna och för allmänheten måste utvecklas. Direktintag till olika vårdområdens slutenvård ska utökas. Styrning av ambulanstransporter direkt till geriatriska kliniker har under senare år utvecklats framgångsrikt och är en utgångspunkt för den fortsatta utvecklingen även inom andra områden.

1177 Vårdguiden och andra vårdgivare ges utvecklade möjligheter att erbjuda bokning av tider – samma eller nästa dag – på husläkarmottagningar, närakuter eller specialistmottagningar. De kan också boka tider för medicinska rådgivnings- och uppföljningssamtal vid senare tillfälle.

Utgångspunkten för det akuta omhändertagandet är, liksom för övriga delar av framtidens hälso- och sjukvård, att i första hand ska patienter tas omhand av vårdgivare utanför akutsjukhusen. Husläkarverksamheterna har här en stor och viktig uppgift. Deras närakuter föreslås komma att utvecklas med ett större och tydligare uppdrag. Öppethållandet kan också komma att utökas. I första hand ska närakuterna lokaliseras till ställen där det finns tillgång till röntgen och möjlighet till provtagning. Med fördel lokaliseras närakuter vid sjukhus där det bedrivs somatisk specialistvård och geriatrik. Strategier för denna utveckling tas fram under 2013 och implementeras under 2014. Av särskild vikt är att utveckla en enhetlig och mer kvalificerad struktur på närakuternas verksamhet.

Med prehospital vård avses sjukvård som ges innan en patient ankommer till en sjukvårdsinrättning. Den prehospitala vården utvecklas och utför betydande diagnostik och vårdinsatser både i hemmet och under transport. Detta förbättrar möjligheterna att föra patienten till rätt vårdinrättning direkt. Forskning och utveckling inom prehospital vård har stor utvecklingspotential och bör stimuleras.

Det förändrade uppdraget för Karolinska Solna och utbyggnad av vård utanför akutsjukhusen ställer nya krav på ambulansverksamheten som får en mer central roll. Grundläggande värden för detta är patientsäkerhet, korta transporter och sjukdomspanorama få sekundärtransporter.

Akutsjukhusens akutmottagningar dimensioneras för att ta emot samma volym patienter som 2012 med en utökning motsvarande den demografiska utvecklingen samt det behov som uppkommer på grund av Karolinska Solnas ändrade uppdrag. Mottagningar för lättare sjuka som trots åtgärder ändå kommer att söka sig till sjukhusens akutmottagningar kan vid behov lokaliseras på akutsjukhusen. Vårdavtal och ersättningsmodeller för de vårdgivare som har ett akutuppdrag ses över för att stimulera akut omhändertagande på rätt plats.

### 5.1.5 Den geriatriska vården

Under det gångna året har en upphandling för att utöka den geriatriska vården genomförts. En dialog om utveckling och samarbete mellan geriatrik och akutsjukhus pågår enligt Framtidsplanens intentioner.

Behovsanalysen pekar på att den geriatriska vården till följd av befolkningsutvecklingen och nödvändiga förändringar från Framtidsplanen kommer få ett dubblerat behov på tio år. Detta ställer stora krav på investeringar och kompetensförsörjning, förändrade uppdrag, ökad samverkan och förändrade arbetssätt för att bli en del i nätverkssjukvården.

Förändringarna skapar förutsättningar för geriatrikens nya uppdrag. Beslut finns om borttagen åldersgräns som syftar till att patientens behov ska styra vårdinsatser. Behov finns av förändrade arbetssätt med till exempel geriatrisk dagvård och öppenvård.

Kunskapen om äldres behov och resurser vid försämrat hälsotillstånd måste öka i hela sjukvården. Det innebär bland annat ett förändrat arbetssätt i omhändertagande av äldre inom primärvården, ambulanserna och på akutmottagningarna. Gemensamma bedömningsverktyg används för att patienten ska få vård på rätt plats i rätt tid. Vårdprogram och delad patientinformation samt en tjänst som beskriver den vård som alla vårdgivare bedriver är andra verktyg som behövs.

De geriatriska klinikerna måste kunna ta emot fler patienter direkt från hemmet än idag, istället för att de först ska hamna på ett akutsjukhus. Klinikerna måste också bidra med ökade konsultuppdrag till andra vårdaktörer, även i hemmet. Detta för att öka kunskapen om äldres sjukdomar, behov och skapa trygghet hos patienten och de som vårdar patienten.

Vid flera av sjukhusen med geriatrisk vård lokaliseras även vårdverksamheter inom andra specialiteter, ibland även med slutenvård. Genom samverkan med dessa kan vårdkedjor centreras kring patienten som inte behöver flyttas runt mellan olika vårdgivare. För det utökade uppdraget som inkluderar mer avancerad diagnostik och behandling krävs tillgång till röntgen och laborierverksamhet. eHälsa – till exempel telemedicin och videobedömningar – är andra viktiga verktyg.

Vid några sjukhus skapas geriatriska kunskapscentrum med mottagningar för bättre FoUU verksamhet och omhändertagande av sjukdomar relaterade till åldrandet.

Vårdplaneringen utvecklas med bland annat uppföljande hembesök efter ett slutenvårdstillfälle. Detta syftar till att undvika återinläggningar och skapa en trygghet för patienten och dess närstående. Samverkan med hemtjänsten och basal hemsjukvård behöver utvecklas ytterligare. Möjlighet till regelbunden uppföljning via telefonkontakt kan ske i syfte att tidigt upptäcka ett förändrat vårdbehov.

### 5.1.6 Rehabiliteringens roll

Under det gångna året har strukturen för rehabilitering kartlagts. Varje patient ska mötas med ett rehabiliterande förhållningssätt av all hälso- och sjukvårdspersonal. En tidig bedömning av patientens rehabiliteringsbehov ska göras i den individuella vårdplanen, vilket kräver rehabiliteringskompetens i hela nätverkssjukvården. Ansvar för koordinering av sammanhållna rehabiliteringsprocesser tydliggörs i de olika vårduppdragen.

I primärvården kan vårdvalen för primärvårdsrehabilitering och specialiserad sjukgymnastik utvidgas efter behov. I specialistvården utanför akutsjukhusen behöver ett utbud skapas med anpassning till övrig nätverkssjukvård, exempelvis kommande vårdval för somatisk specialistvård. Primärvårdsrehabilitering ska stödja bland annat ASiH och annan hemsjukvård.

Öppenvårdsrehabilitering ska huvudsakligen bedrivas utanför akutsjukhusen. Rehabiliteringskompetens bör finnas på flertalet av sjukhusen. Patienter med exempelvis smärta- och stressrelaterade problem, ska även kunna få specialistvård på dessa.

Slutenvårdsrehabilitering efter vård på akutsjukhus eller från hemmet ska utökas. Uppdragen ska utformas utifrån patienternas behov av rehabilitering snarare än utifrån specifik diagnos som är förhållandet idag.

Den specialiserade och den högspecialiserade rehabiliteringen på akutsjukhus ingår huvudsakligen i avtalen med akutsjukhusen.

För att främja jämlik rehabilitering och effektivitet ska samordningen av rehabiliteringsuppdragen förbättras vid beställningar, utveckling av beskrivningssystem och ersättningsmodeller. Implementering av evidensbaserad rehabilitering måste ske och kvalitetsregister ska användas.

### 5.1.7 Den palliativa slutenvården

Från 2013 har vårdval införts inom den slutna palliativa vården. I möten med vårdgivare har det framkommit ett behov av att göra denna vårdform känd inom hela vårdstrukturen.

Den palliativa vården utökas genom förändrat uppdrag i vårdvalet som innebär att man kan ta emot nya patientgrupper. Vården ska även göras mer känd inom akutsjukhusvården samt utveckla samverkan med andra vårdformer.

Huvudmålgruppen är patienter i livets slutskede och omfattar flera diagnosområden. Med nya behandlingsmetoder och behandling längre in i sjukdomsprocessen blir tiden som definieras som i livets slutskede allt kortare. Patienter i tidig palliativ fas skulle kunna erbjudas vårdformen i samverkan med annan somatisk specialistvård.

### 5.1.8 Nytt uppdrag, stödjande vård

Utifrån landstingsfullmäktiges uppdrag om stödjande vård har en kartläggning inletts för att identifiera patienter som har ett sådant behov av vård och omhändertagande, men inte får det tillfredsställt idag. Möjlig placering för verksamheten och vårduppdragets innehåll har diskuterats med vårdgivare.

Kartläggningen har hittills visat att det idag vårdas patienter på akutsjukhus som inte behöver dessa resurser, men för vilka det saknas alternativ. Aktuella patienter kan till exempel vara patienter som är färdigbehandlade på akutsjukhusen men som ännu inte är i kondition att rehabiliteras eller vårdas i hemmet, till exempel traumapatienter. Ett annat exempel är onkologiska patienter som fått krävande kurativa behandlingar och behöver slutenvård för att återhämta sig. I inget av dessa fall finns det idag vårdverksamheter som har i uppdrag att ta emot dem. Genom att skapa en ny vårdform kan denna patientgrupp få ett bättre omhändertagande. Samtidigt frigörs resurser på akutsjukhusen för andra patienter.

Insatserna inom den stödjande vården kan bland annat vara lämplig för patienter med behov av medicinsk eftervård och mobilisering. Vårdformen kan även erbjudas patienter direkt från hemmet för att undvika inläggning på akutsjukhus. En fördjupad kartläggning ska identifiera patientgrupper samtidigt som uppdrag och organisation definieras.

### 5.1.9 Den psykiatriska vården för vuxna

En förstudie har under året genomförts som behandlar förutsättningar för att flytta delar av den psykiatriska vården från S:t Görans sjukhus till Sabbatsbergs sjukhus. En översyn har gjorts för planering av framtida slutenvårdsenheter och psykiatri vid Karolinska Solna.

Huvuddelen av psykiatrin kommer även fortsättningsvis att utföras på lokala allmänpsykiatriska mottagningar och av beroendevården. Specialistpsykiatrisk vård kommer att finnas på akutsjukhusen, inklusive Karolinska Solna och på sjukhus med specialistvård. För vissa grupper är våldsamband mellan psykiatri och somatisk specialistvård avgörande, medan det för andra är viktigt med samverkan i patientens närmiljö mellan psykiatri, primärvård, beroendevård och kommunernas socialtjänst.

Bland psykiatrins patientgrupper är förekomsten av samsjuklighet med somatiska sjukdomstillstånd vanligt förekommande vilket motiverar en närhet mellan somatisk och psykiatrisk vård. Psykiskt sjuka personer riskerar att få sina somatiska problem underdiagnostiserade och underbehandlade samtidigt som svårt sjuka och traumatiserade personer kan behöva psykiatriskt omhändertagande. Samtidigt är det viktigt att inte splittra upp kompetens. Kritisk massa gäller såväl patientunderlag, personal och möjlighet till FoUU.

Patienter med hög grad av funktionsnedsättning på grund av psykisk sjukdom har ett stort behov av insatser samordnat med socialtjänstens ansvarsområden. Vissa patienter inom dessa grupper kan vara svåra att motivera till vård och därför är geografiskt lättillgänglig vård viktigt. För dessa patienter är även en nära samverkan med primärvården viktig för att sjukdomen i sig och medicineringen ger ökad risk för kroppsliga sjukdomar som till exempel hjärtsjukdom och metabola syndrom.

Närvaro av psykiatrisk verksamhet på akutsjukhusen ger förutsättningar för en modern konsultationsorganisation. Samtidigt säkerställs att psykiskt sjuka får en god somatisk vård. På dessa sjukhus möjliggörs ett nära samarbete mellan olika specialiteter för patienter med samsjuklighet. Vid Sabbatsbergs sjukhus planeras en samverkan mellan psykiatri, geriatrik och somatisk specialistvård.

Vårdprocesser för närhet mellan slutenvård och öppenvård utvecklas för grupper där geografisk närhet är av betydelse, exempelvis former för "intensiv öppenvård" som kan utgöra ett alternativ till slutenvård. Det finns även ett ökande behov av att ta hand om personer som behöver specialinriktad kompetens till exempel vid bipolär sjukdom, ADHD och ångesttillstånd.

Viktiga principer för utvecklingen av den psykiatriska vården är patientens valfrihet och ökade rörlighet. Utformning av moderna och flexibla lokaler som är estetiskt tilltalande med möjlighet att inom slutenvård erbjuda patienterna enkelrum. För patienter som vårdas där är även utemiljön en viktig faktor för välbefinnandet.

En handlingsplan för att förbättra lokalernas vårdmiljö och ändamålsenlighet i slutenvården tas fram under 2013 och 2014. Som en del av handlingsplanen fortsätter detaljplaneringen för flytten av den psykiatriska vården från S:t Göransområdet till Sabbatsbergs sjukhus. Den psykiatriska vårdens innehåll samt forskning, utveckling och utbildning på Nya Karolinska Solna detaljplaneras också i samband med detta.

Psykiatrin och den somatiska sjukvården tar tillsammans fram en plan med särskilt fokus på utvecklande av en modern konsultationsverksamhet på akutsjukhusen. Samarbete och kunskapsöverföring kring bedömning, behandling och rehabilitering utvecklas. Relationerna stärks med andra vårdområden som till exempel primärvård, beroendevård, geriatrik och rehabilitering.

### 5.1.10 Inriktning för cancersjukvården

Förslaget till regional cancerplan 2013-2015 har som främsta mål att förverkliga de tio inriktningsmål som fastslagits i den nationella cancerstrategin. Syftet med den nationella cancerstrategin är att utarbeta riktlinjer för hur cancervård ska vidareutvecklas och bli bättre, tryggare, säkrare och mer effektiv. Patientens perspektiv ska genomlysas varje del av hälso- och sjukvården i väl sammanhållna vårdprocesser från prevention till tidig upptäckt och vidare genom hela vårdprocessen till bot eller livets slut. Alla patienter ska oberoende av tumörsjukdom ha närhet till de resurser som behövs för deras väg genom vården. Insatserna knyts ihop av kontaktsjuksköterska och en multidisciplinär samverkan som håller ihop resurserna och vårdprocessen runt patienten. Samverkan kan ske i en reell eller virtuell centrumbildning.

Inriktningen i den regionala cancerplanen bildar utgångspunkt för det fortsatta arbetet med Framtidsplanens förslag till konkretisering. En bedömning av cancervårdens fördelning inom länet beskrivs på en övergripande nivå i tabell 2. För de tre större tumörsjukdomarna (bröstcancer, prostatacancer och kolorektal cancer) måste speciella vårdprocesser byggas upp i regionen samt en samlad kompetens vid något/några av de större akutsjukhusen förutom Karolinska universitetssjukhuset. Den kliniska forskningen ska finnas med i alla delar som ska utgöra en del av universitetssjukvården som ska ge alla patienter möjlighet till delaktighet i forskningen. Allt ska knytas ihop med ett sammanhållande IT-stöd.



**Tabell 2 Förslag till placering av cancervård på akutsjukhusen.**

OMRÅDE	K Solna	K Huddinge	Söder-sjukhuset	Danderyd	S:t Göran	Norr-tälje	Söder-tälje
Bröstcancer	*		**		**		
Lungcancer	**						
Prostatacancer	Utredning pågår						
Kolorektal cancer	**		**1)	**	*		
Gynekologisk cancer	**						
Cancer i övre GI		**					
Head-neckcancer	**						
Sarkomcancer	**						
Sällan förekommande cancer	**						
Barncancer	**						

1) I samarbete med Ersta Sjukhus

**Övre GI Övre mag- och tarmkanalen, inklusive bukspottskörtel**

**\*\* Större omfattning på verksamheten, \* Mindre eller oförändrad omfattning på verksamheten**

### 5.1.11 Utveckling av barnsjukvården

Den demografiska utvecklingen visar att antalet barn och unga i länet, och därmed vårdbehoven för både öppen- och slutenvård, kommer att öka kommande år. En genomlysning av barnsjukvården pågår.

Huvuddelen av den öppna barnsjukvården bedrivs idag inom husläkarmottagningarna och barnhälsovården på BVC samt på ungdomsmottagningar. Förutsättningar att utföra ännu mer öppenvård utanför barnsjukhusen görs möjligt genom det vårdval som införs inom barnmedicinsk öppenvård.

Utvecklingen på akutsjukhusen pekar på att viss vård som idag bedrivs i slutenvård kommer att kunna utföras som dagvård.

Astrid Lindgrens barnsjukhus (ALB) Solna som har en central roll för barnsjukvården i länet står för närmare 50 procent av alla slutenvårdstillfällen för barn på akutsjukhusen och ca 40 procent av alla planerade och akuta öppenvårdsbesök. ALB Solna har den största andelen av länets högspecialiserade vård för barn.

Högspecialiserad barnsjukvård och barnsjukvård som av andra skäl behöver särskilda resurser kommer att koncentreras till det nya Karolinska Solna medan nuvarande ALB Solna behålls och bedriver specialiserad barnsjukvård. Förslag till närmare framtida allokering av barnsjukvård mellan Karolinska Solna och ALB kommer att utformas av Karolinska Universitetssjukhuset i samråd med beställaren och ägaren.

En helt öppen akutmottagning för barn vid det nybyggda sjukhuset i Solna riskerar att leda till att sjukhusets uppdrag att bedriva högspecialiserad vård inte kan uppfyllas. Kapaciteten vid akutmottagningen är inte dimensionerad för de volymer som en öppen akutmottagning medför. Akutmottagningen för barn behöver därför utformas efter såväl sjukhusets högspecialiserade uppdrag som de förutsättningar som finns att styra akutflöden inom pediatriken. Detta innebär att barnakuten bör ha ett vidare uppdrag än vuxenakuten samtidigt som barn som inte behöver det högspecialiserade sjukhuset resurser ges ett annat omhändertagande.

För att säkra det framtida omhändertagandet av alla akut sjuka barn som i dag söker vid Karolinska Solna föreslås akutmottagningen kombineras med en enhet för akut omhändertagande av barn med mindre komplexa tillstånd vid ALB Solna. Detta bygger på en effektiv och säker prehospital och hospital styrning. Förutsättningar för detta utreds för närvarande.

ALB Huddinge kommer fortsättningsvis att bedriva högspecialiserad barnsjukvård i samma omfattning som idag med tillägg för demografisk utveckling. Den specialiserade barnsjukvården vid ALB Huddinge och Sachsska kommer att fortsätta att bedrivas på respektive enhet.

I dag utgörs ca 30 procent av akutbesöken vid ALB Solna av barn bosatta i södra länsdelen. Möjligheten att utöka uppdragen till de andra två barnakuterna i länet, Sachsska och ALB Huddinge, inom kirurgi och ortopedi utreds. Många av dessa patienter skulle då kunna erbjudas vård på en mer närbelägen barnklinik.

För ett bättre omhändertagande inom sjukvården av unga föreslås att särskilda vårdplatser utvecklas. Målgruppen för detta uppdrag bör omfatta åldrarna 13 – 20 år. Samtidigt utvecklas ett koncept kring begreppet adolescensvård i barnsjukvårdens regi, både för akut- och elektiv vård, kirurgisk och medicinsk vård.

Patienter i åldersgruppen 15 – 17 år som är i behov av kirurgiska/ortopediska ingrepp vårdas idag ofta inom vuxenvården. Dessa patienter ska i större utsträckning än idag erbjudas vård inom barnsjukvården.

Fortsatt arbete kring verksamhetsinnehållet för barn på Karolinska Solna och ALB Solna samt ytterligare analyser av övriga barnkliniker samt övrig öppenvård, inklusive barn- och ungdomspsykiatri samt barnhabilitering kommer att genomföras.

### 5.1.12 Utveckling av sjukhus för specialistsjukvård

Under det gångna året har arbetet med att utveckla specialistvården utanför akutsjukhusen påbörjats på Sabbatsbergs sjukhus. Innehåll och uppdrag för sjukhuset har analyserats och diskuterats vid ett flertal tillfällen med olika vårdgivare. Arbete ligger till grund för fortsatt utveckling av motsvarande verksamheter på andra sjukhus. Från flera vårdgivare finns ett uttalat intresse att driva verksamheterna.

Den vård som kan bedrivas utanför akutsjukhusen är sådan vård som kräver tillgång till delar av – men inte alla – akutsjukhusets kompetenser och resurser. För att utföra så avancerad vård krävs att den lokaliseras till ett mindre antal sjukhus. Förutsättningar skapas för att vårdgivare som verkar här har kompetens och resurser att ta emot aktuella patientgrupper. Det är ett nära och aktivt kunskapsutbyte med akutsjukhusen, med viss rotation av personal, för att säkra en kontinuerlig kompetensutveckling. Här finns en hållbar plan för grundutbildning och specialistutbildning inom alla yrkeskategorier. Det finns goda möjligheter till forskning och utveckling. Varje sådant sjukhus har en nära samverkan/ett partnerskap med minst ett akutsjukhus kring dessa frågor.

Här finns öppen och sluten vård, flera somatiska specialiteter, tillgång till operationssalar, bilddiagnostik och provtagning. Vårdgivarna samverkar kring patienterna. De flesta har geriatrisk vård och tillgång till psykiatrisk- och rehabiliteringskompetens. Den somatiska specialistvården och geriatriken samverkar. Sjukhusen föreslås få olika profiler med exempelvis geriatrisk vård med inriktning på psykiatri, ortopedi gynekologi, internmedicin med diabetes, kardiologi och neurologi. Andra profiler är ortopedi/kirurgi, reumatologi och smärta, njurmedicin samt gastroverksamhet.

Med en profilering av sjukhusen ökar volymerna på respektive ställe och möjligheterna att bedriva utbildning och forskning förbättras. I de fall volymerna inte är för små eftersträvas att få en geografisk spridning av de olika inriktningarna.

För Sabbatsbergs sjukhus föreslås en profil mot geriatrik, den ”äldre patienten” och psykiatri. Den somatiska vård som finns kommer att utvecklas för att stödja geriatriken och psykiatrin. FoUU verksamheterna kommer att få stor betydelse. I det pågående utvecklingsarbetet föreslås att man även behöver utveckla arbetsformer för samverkan med primärvården och kommunernas vård och omsorg.

Förutom Sabbatsberg kommer flera av de landstingsägda närsjukhusen att utvecklas till sjukhus för specialistsjukvård. En utveckling i denna riktning sker också av vården vid enheter där landstinget inte äger fastigheterna så som vid Ersta sjukhus och Sophiahemmet. Vid Löwenströmska, Nacka och Handens sjukhus finns en stor somatisk specialistvård redan idag. Verksamheterna vid dessa sjukhus kommer att utvecklas. Särskilda satsningar görs för att utveckla Dalens och Sollentuna sjukhus. Sannolikt kan ytterligare någon eller några placeringar bli aktuella.

Öppenvården vid sjukhusen har förlängt öppethållande, men inte dygnet runt. Här finns inte en akutmottagning, men god tillgång till tider som kan bokas med kort varsel, även för slutenvården. Varje läkare ska ha tider tillgängliga för bokning nästkommande dag. Närakuter bör lokaliseras hit. Röntgen och provtagning har förlängt öppethållande dels för att stödja slutenvården och geriatriken, dels för närakuternas uppdrag.

För att få den vård som önskas drivas på respektive sjukhus behöver flera vårdvalen utvecklas med tilläggsuppdrag. Detta beskrivs under avsnitt 4.6.2 Vårdval.

De krav som finns på de vårdgivare som ska ansvara för vården vid dessa sjukhus innebär att verksamheterna behöver ha en nära och utvecklad samverkan. Mest lämplig att göra detta är att en större vårdgivare ges i uppdrag att svara för vården vid ett sjukhus i nära samverkan med minst ett akutsjukhus. Små och medelstora vårdgivare kan verka tillsammans med en stor vårdgivare. Landstinget har möjlighet att som fastighetsägare avgöra vem som får hyra en lokal. Det går att ställa tydliga krav på hyresgästen vilken vård som ska bedrivas i lokalen. Uthyrning av landstingsägda lokaler är därför vid sidan av vårdvalen en viktig strategi för utformningen av vård vid sjukhusen. Principer för utthyrning av strategiska lokaler beskrivs i avsnitt 4.4.1.

Arbetet pågår att skapa förutsättningar för utbyggnad av den specialiserade somatiska vården utanför akutsjukhusen. Nya arbetsätt och former för samverkan är delar i denna utveckling, vid sidan av utbyggnaden av vården. Arbetet sker i nära samverkan med berörda vårdgivare inom alla verksamheter.

### 5.1.13 Akutsjukhusen

Under 2012 lämnade Karolinska Universitetssjukhuset ett första förslag på verksamhetsinnehåll. Övriga akutsjukhus har lämnat synpunkter på detta och samtidigt identifierat vilken och hur stor del av den egna vården som skulle kunna utföras utanför respektive akutsjukhus. Detta arbete utgör grund för förslaget till akutsjukhusens profilering och framtida verksamhetsinnehåll. Det fortsatta arbetet kommer att ske i samverkan med respektive akutsjukhus.

Den framtida sjukvårdsstrukturen innebär att akutsjukhusen renodlas till att ta hand om de patienter som kräver dess resurser. Patienter som idag vårdas på akutsjukhus ska i utökad utsträckning tas om hand av andra vårdgivare utanför akutsjukhusen inom exempelvis geriatrik, rehabilitering, stödjande vård, somatisk specialistvård utanför akutsjukhusen samt inom ASiH. Målet är att vårdens resurser ska användas mer effektivt samtidigt som omhändertagandet blir bättre.

Efter den dialog som skett med akutsjukhusen innebär förslaget till profilering för akutsjukhusen ett mer omfattande akutsjukvårdsuppdrag. Andelen akut vård kommer att öka bland annat till följd av den i framtiden anpassade akutmottagningen vid Karolinska Solna. För att möta de ökade vårdbehoven bör slutenvårdsresurserna användas så effektivt som möjligt för de patienter som behöver dessa resurser. Samtidigt måste en utveckling ske mot en utökad poliklinisering.

Danderyds sjukhus kommer även i framtiden att ha hög andel, cirka 90 procent, akuta vårdtillfällen och utökade volymer inom bland annat neurologi, infektion, lungmedicin och urologi. Sjukhuset föreslås bland annat få ett ökat uppdrag inom infektionssjukvården och kolorektal cancerkirurgi, se avsnitt 5.1.10 ”Inriktning för Cancersjukvården”. Investeringar sker i en ny behandlingsbyggnad med akutmottagning för att möta kommande behov och få förutsättningar för effektiviseringar.

S:t Görans sjukhus kommer också att få en ökad andel akuta vårdtillfällen och i likhet med övriga akutsjukhus ett utökade volymer inom neurologi, infektion, lungmedicin och urologi. Sjukhuset kommer även att få ett utökat uppdrag inom bröstcancer. Ett nytt uppdrag inom gynekologi utreds. Förlossningsvården sker inom ramen för vårdval. Utifrån den demografiska utvecklingen och Karolinska Solnas högspecialiserade uppdrag behöver kapaciteten i förlossningsvården öka. I detta sammanhang vore det en fördel om förlossningsverksamhet lokaliseras till S:t Görans sjukhus.

Södersjukhuset kommer också att få en ökad andel akuta vårdtillfällen. Sjukhuset föreslås få ett uppdrag inom den öron-näsa-halssjukvård som flyttas från Karolinska Solna. Bröstcancervården föreslås också komma att utökas. Det högspecialiserade uppdraget inom handkirurgin föreslås komma att överföras till Karolinska Solna. Slutenvården av viss hudsjukvård, vård av kroniska hudsår, övervägs att koncentreras till Södersjukhuset.

Norrtälje sjukhus och Södertälje sjukhus utvecklas till integrerade sjukhus med inslag av akut- och närsjukhus. Den investering som nu genomförs på Södertälje sjukhus och det fortsatta profileringsarbetet kommer att innebära ytterligare förändringar av sjukhusets uppdrag.

S:t Eriks ögonsjukhus ska även i framtiden ges goda förutsättningar att utveckla den högspecialiserade sjukvården. Utgångspunkten är att verksamheten behålls som ett sammanhållet ögonsjukhus med högspecialiserad sjukvård och forskning. Utifrån de vårdval som införts är ett gott samspel mellan ögonsjukhuset och övriga aktörer inom ögonsjukvården är viktigt för utvecklingen av ögonsjukvården i länet. Den framtida verksamheten detaljplaneras utifrån kommande inriktningsbeslut.

Den preliminära inriktningen enligt ovan konkretiseras per akutsjukhus och formaliseras slutligen i kommande vårdavtal.

#### 5.1.14 Universitetssjukhuset

I ett särskilt ärende till landstingsfullmäktige i juni 2013 redovisas förutsättningar, planer och förslag för verksamheterna vid Karolinska Universitetssjukhuset. Nedan redovisas en sammanfattning av innehållet i det ärendet.

Karolinska Universitetssjukhuset med huvudverksamhet i Solna och Huddinge är Stockholms läns landstings universitetssjukhus. NKS kommer att vara färdigbyggt och verksamheterna i full drift 2018 och utgör då Karolinska Universitetssjukhuset Solna. Sjukhuset ska vara ett internationellt konkurrenskraftigt universitetssjukhus för den mest avancerade sjukvården med patientperspektiv och patientsäkerhet som utgångspunkter för all verksamhet. Karolinska Solna kommer att ha ett sjukvårdsuppdrag som fokuserar på högspecialiserad och specialiserad vård, region- och rikssjukvård, samt vård som är särskilt forsknings- och/eller investeringstung. Den högspecialiserade vården i länet ska i största möjliga mån koncentreras till Karolinska Solna.

Karolinska Universitetssjukhusets uppdrag innebär att vården ska organiseras med hänsyn tagen till universitetssjukhusets roll inom klinisk forskning. Karolinska utgör tillsammans med Karolinska Institutet redan i dag ett internationellt starkt centrum för klinisk och translationell forskning. Karolinska Solna ska ha en stark integration och samverkan mellan sjukvård, klinisk forskning, utveckling och utbildning. Den nära kopplingen till Karolinska Institutet förstärks såväl verksamhetsmässigt som geografiskt.

Den framtida verksamheten vid Karolinska Huddinge renodlas precis som övriga akutsjukhus, vilket innebär att patienter som inte behöver sjukhusets resurser ska ges vård hos andra vårdgivare. Vårdvolymerna bedöms dock förbli väsentligen oförändrade till följd av befolkningstillväxt och därmed ökade vårdbehov.

Innehållet i vården vid Karolinska Universitetssjukhuset kommer att fastställas i avtal och ägardirektiv.

Inom Karolinska Universitetssjukhuset pågår arbete med planering av det framtida verksamhetsinnehållet 2018. En dialog kring sjukhusets verksamhetsinnehåll har under hösten och vintern 2012-13 förts mellan landstingets och Karolinskas programkontor. Inledande planeringsarbete pågår även kring flyttning av verksamheter och en patientsäker driftsättning av det nya sjukhuset. Detta är processer där detaljeringsgraden ökar kontinuerligt.

I avsnitt 6.2.2 ”Investeringar vid universitetssjukhuset” redovisas förslag till utveckling för hur några av några av byggnaderna vid nuvarande Karolinska Solna kan användas i framtiden.

I tidigare beslut från landstingsfullmäktige har förordats att behålla ALB Solna med akutmottagning i nuvarande byggnad. Skälen för detta var bland annat de ökade vårdbehoven samt behov av vårdplatser utöver de som planerats i den nya huvudbyggnaden vid Karolinska Solna. Med detta som utgångspunkt pågår en översyn av länets samtliga barnkliniker.

Tillgång till psykiatrisk vård är viktigt inom akutsjukvården. För fortsatt stark utveckling inom psykiatrisk vård och forskning inom länet krävs att det finns psykiatrisk verksamhet i anslutning till Karolinska Solna. Starka samband kan etableras med verksamhetsområden som exempelvis neurologi och endokrinologi.

En fortsatt översyn ska genomföras om ytterligare högspecialiserad vård ska samlas på Karolinska Solna.

Planeringsarbetet för NKS har utgått från att sjukhuset kommer att ha en temaindelad sjukvård vilket också fastslagits av landstingsfullmäktige. Skälen för en tematisk indelning är bland annat att modern universitetssjukvård blir alltmer komplex och resurskrävande, samt mer multidisciplinär och multiprofessionell till sin karaktär. Tematisk vård innebär att olika specialiteter och professioner samverkar i vårdens processer. Utgångspunkten är att vården ska organiseras kring patienten och dennes behov.

Karolinska Solna kommer i enlighet med förslagen i Framtidsplanen första steget att i huvudbyggnaden ha en akutmottagning som är utformad efter sjukhusets högspecialiserade uppdrag och vara en så kallad anpassad akutmottagning som tar emot ambulans-, helikopter- och remissfall från andra vårdenheter. En öppen akutmottagning skulle omöjliggöra uppdraget som ett högspecialiserat sjukhus då slutenvårdsplatserna till största delen skulle beläggas av akuta vårdtillfällen för patienter utan behov av den högspecialiserade vården. Detta skulle medföra en risk för undanträngning av patienter med stort behov av sjukhusets högspecialiserade resurser.

Utifrån de analyser som gjorts föreslås att följande patientgrupper primärt hänvisas till Karolinska Solnas nya akutmottagning:

- Svårt eller misstänkt svårt skadad av högenergivåld
- Strokesymptom vid uppvaknande
- Stroke hos patient behandlad med antikoagulantia
- Akut buk i chock (kärlkirurgi; Karolinska Solna eller SÖS)
- Barotrauma (tryckkammarbehandling)
- Stora brännskador (brännskador inom rikssjukvårdsdefinition remitteras vidare till Akademiska sjukhuset i Uppsala)
- Åter in (anknuten tidigare vård på Karolinska Solna)
- Remiss till Karolinska Solna

Fortsatt utredning kommer att beskriva vilka intagningskriterier som ska gälla för hänvisning till Karolinska Solna när det är närmaste akutsjukhus.

Karolinska Solna ska även ha en anpassad akutmottagning för barn. Arbetet pågår för att utforma kriterier för vilka patienter som ska tas emot. Barnakuten bör ha ett vidare uppdrag än vuxenakuten samtidigt som inflödet av barn som inte behöver dess resurser tas om hand på andra ställen.

Ställningstagandet att Karolinska Solna ska ha en anpassad akutmottagning för både vuxna och barn innebär att cirka 50 000 vuxna och 50 000 barn, som i dag omhändertas på Karolinska Solnaområdet, kommer att behöva tas om hand på andra vårdenheter. För att säkra det framtida omhändertagandet av alla akut sjuka barn föreslås akutmottagningen kombineras med en enhet för akut omhändertagande av barn med mindre komplexa tillstånd i ALB Solna. Detta bygger på en effektiv och säker prehospitäl och hospital styrning samt triagering. Förutsättningar för detta utreds för närvarande inom barnsjukvården.

Både barn och vuxna som inte behöver Karolinska Solna akutmottagnings resurser kommer att tas omhand inom övriga hälso- och sjukvården, se avsnitt 5.1.4 ”Det akut omhändertagandet”.

### 5.1.15 Tandvården

Tandhälsa är en mycket viktig del av människors hälsa. Även om tandhälsan i länet generellt är god har socioekonomiskt utsatta grupper och utlandsfödda sämre tandhälsa. Särskilda insatser har gjorts men ytterligare insatser behövs. Ett exempel är ett forskningsprojekt som pågår fram till 2018 och som syftar till att undersöka om barn löper mindre risk att utveckla kariesskador om de får tidiga insatser vid ett års ålder.

För att öka kunskapen bland annat om sambanden mellan orala sjukdomar och allmänsjukdomar hos äldre inrättas under 2013 ett Centrum för Äldretandvård i anslutning till ett medicinskt centrum för geriatrisk forskning. Satsningen är ett samarbete mellan Stockholms läns landsting, Folktandvården Stockholms län AB, Karolinska Institutet och Stiftelsen Stockholms Sjukhem.

Tandvården går mot ökad kunskapsstyrning. Nationella riktlinjer finns för vuxentandvården, kvalitetsregister för karies och parodontit har funnits sedan 2007 och ett register för dentala implantat är under uppbyggnad. Den privat utförda tandvården organiserar sig allt oftare i större tandvårdskliniker.

### 5.1.16 Resurser för diagnostik och behandling

Under 2014 införs vårdval inom bland annat klinisk neurofysiologi och gastrointestinal endoskopi. Även inom andra områden påbörjas förberedelse för vårdval. Inom klinisk laboratoriemedicin och medicinsk röntgen påbörjas arbetet med förberedelse för nya avtal de närmaste åren.

Utifrån den så kallade kömiljarden fortsätter arbetet med att följa ledtider inom medicinsk service i syfte att förbättra vårdflöden och korta vård- och väntetider. Utvecklingen av IT-stöd fortsätter inom framför allt medicinsk röntgen och klinisk laboratoriemedicin för att därigenom få möjlighet till snabbare och säkrare flöden mellan remittent och utförande enhet för medicinsk service.

I och med utveckling och införande av vårdval inom andra specialiteter fortsätter införandet av kostnadsansvar för medicinsk service till remitterande vårdgivare.

Laboratorieverksamheterna är fortsatt konkurrensutsatta och samtliga vårdgivare uppdras att, förutom att ta prover och analysera, även forska och utbilda. Prov sparas för framtida analyser, exempelvis i biobanker. Den medicintekniska utvecklingen och den stärkta egenvården innebär att sjukvården kommer att kunna förse vissa patientgrupper med egen testutrustning för provtagning i hemmet. Ytterligare en trend är att vårdverksamheterna själva skaffar utrustning för egna laboratorieanalyser, samtidigt som invånare själva utför tester i hemmet alternativt via nätet.



En säker hantering av medicinska och medicintekniska gaser samt strålkällor är mycket viktigt utifrån patient- och personalsynpunkt, men även utifrån miljöaspekter. Alla vårdgivare som hanterar gaser eller strålkällor ska följa gällande lagstiftning och de riktlinjer som anges i de handböcker som Centrala Gaskommittén respektive Centrala Strålsäkerhetskommittén fastställer.

### 5.1.17 Beredskap och katastrofmedicinska perspektiv

Det framtida hälso- och sjukvårdssystemet kräver anpassningar i krisberedskap och katastrofplanering. Rutiner och principer utvecklas för traumastyrning vid mycket stora skadeutfall. En strategi tas fram för hur traumakompetens ska upprätthållas även på de akutsjukhus som normalt inte tar hand om traumafall. Organisationen för psykologiskt och socialt krisstöd vid allvarliga händelser anpassas till förslagen. Ett förslag till åtgärder kommer att presenteras för landstingsstyrelsen under 2013.

Ytterligare analyser kommer att göras för att säkerställa vårdplatskapaciteten vid krissituationer. Analyser görs av vilka krav som ska ställas i samband med de investeringar som nu genomförs i akutsjukhus och närsjukhus.

#### **Detta kapitel omfattar**

I kapitlet redovisas slutsatser och förslag till framtida inriktningar inom olika vårdområden.

## 6 Vårdbehov, kapacitet och byggnadsplanering

Utgångspunkten i Framtidsplanen är att individen utifrån sina behov ska få en hälso- och sjukvård som är rätt och säker. Utifrån den demografiska utvecklingen och utveckling av de medicinska behandlingsmöjligheterna har vårdbehovet prognosticerats för de kommande åren, se avsnitt 2.1 Behovsanalys. Vårdbehovet är dimensionerande för planeringen av kommande investeringar. Investeringarna planeras utifrån antaganden om nödvändig vårdkapacitet för att möta vårdbehovet och en ambition att eftersträva så stor flexibilitet som möjligt. Vid byggnadsutformning ställs krav på att kapacitetsutnyttjande belyses med hjälp av transparenta och motiverade dimensioneringsprinciper.

## 6.1 Förutsättningar för beräkning av vårdkapacitet

I arbetet med Framtidsplanen arbetas årligen en vårdutbudskarta fram, som visar inriktningen av planerade förändringar i vårdutbudet fram till 2018 då verksamheterna vid det nybyggda Karolinska Solna ska vara i full drift.

Utifrån vårdbehoven kan bedömningar av kapacitet bero av många variabler. Ett effektivt utnyttjande av vårdplatserna är väsentligt för att uppnå en kostnadseffektiv vård. Antalet patienter som kan behandlas inom slutenvård avgörs till exempel av antalet vårdplatser och hur dessa utnyttjas, vårdtyngden, samt möjligheterna till samverkan med andra vårdgivare. Behandlingskapaciteten inom bland annat operation och intensivvård bedöms ofta utgöra begränsande resurser. Uppskattning av hur mycket vård som kommer att kunna produceras inom ramen för det planerade vårdutbudet utgår från följande definitioner:

*Fastställd vårdplats:* Vårdplats i slutenvård beslutad av landstinget (Socialstyrelsen 2011).

*Disponibel vårdplats:* Vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer patientsäkerhet och arbetsmiljö (Socialstyrelsen 2011). Antalet kan variera över året bland annat beroende på semesterperioder och personalförsörjning.

*Beläggningsgrad:* Mäts vanligen i relation till antalet disponibla vårdplatser. Beläggningsgraden varierar beroende på vårdflöden, infektionsutbrott, personal, fastigheternas skick mm.

*Medelvårdtid:* Genomsnittligt antal dagar per vårdtillfälle.

Slutenvårdsproduktion kan i vårdutbudskartan beskrivas i form av vårddygn och/eller vårdtillfällen. Antalet vårdtillfällen är ett mått på flöde i vårdkedjorna medan antalet vårddygn i större utsträckning speglar kapacitetsutnyttjandet. Framtidens mer flexibla vårdformer inom ramen för nätverkssjukvården, exempelvis delat ansvar mellan vårdgivare för en vårdkedja och ökad poliklinisering, medför ett behov av utveckling av de mått som används för att beräkna kapacitetsutnyttjande.

Inom slutenvård finns regelmässigt en skillnad mellan antalet fastställda vårdplatser och antalet disponibla vårdplatser. Detta beror på faktorer som exempelvis utbrott av smitta, fastighetsrelaterade störningar, huruvida sjukhuset har enkelrum, möjlighet att rekrytera personal, semesterstängning mm. Det medför att antalet disponibla vårdplatser ibland är betydligt färre än fastställda vårdplatser.

Medelvårdtiden har också betydelse för det antal vårdtillfällen som kan produceras. Den påverkas av många faktorer. Ökad vårdtyngd och hög andel svårt sjuka patienter förlänger medelvårdtiden. Bättre vårdprocesser, nya arbetssätt, färre vårdrelaterade skador (särskilt vårdrelaterade infektioner och fallskador) förkortar medelvårdtiden, liksom bättre samverkan med andra

## Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet

vårdgivare som geriatrik, rehabilitering, avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), samt primärkommunala vårdgivare.

Som planeringsförutsättning är det rimligt att utgå från att ett akutsjukhus har en beläggningsgrad på mellan 80 och 85 procent av de disponibla vårdplatserna med hänsyn taget till säsongsvariationer, arbetsätt och bemanningsmöjligheter.

### 6.1.1 Förslag till vårdutbudskarta

I nedanstående tabell redovisas den planerade utbyggnaden per vårdområde vilken i huvudsak överensstämmer med föregående års beslut.

Som framgår av tabell 3 sker en relativt sett större utbyggnad av vården utanför akutsjukhusen. Detta beror på att det idag vårdas patienter på akutsjukhusen som bättre kan få sina behov tillgodosedda av andra vårdgivare. Således utökas kapaciteten hos dessa vårdgivare utöver den utökning som föranleds av befolkningsutvecklingen.

Skillnaden i kostnad är stor mellan olika vårdområden. Med föreslagen vårdutbudskarta eftersträvas en mer kostnadseffektiv hälso- och sjukvårdsstruktur och en bättre vård för patienterna.

**Tabell 3** Årlig förändring av antal vårdtillfällen i slutenvård

		Utfall <sup>1)</sup>		Planering utökad produktion <sup>2)</sup>						
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totalt 2018 <sup>3)</sup>	
Karolinska	Solna, avvecklas	58 400						-58 400	0	
	Solna, ny vårdstruktur	0						56 000	56 000	
	Huddinge	43 900						3 700	47 600	
	Vid SÖS och Danderyds sjh	2 500						0	2 500	
S:t Görans Sjukhus	28 900						6 000	34 900		
Danderyds Sjukhus	45 500						5 000	50 500		
S:t Eriks Ögonsjukhus	1 700						0	1 700		
Södersjukhuset	60 500						5 000	65 500		
Södertälje sjukhus	11 600						2 000	13 600		
Norrtälje sjukhus	7 000						0	7 000		
<b>Totalt akutsjukhusen inkl Karolinska</b>		<b>260 000</b>						<b>19 300</b>	<b>279 300</b>	
<b>Procentuell ökning 2018 jämfört 2012</b>									<b>7,4%</b>	
Övrig somatisk specialistvård		12 500	225	3 225	3 225	3 225	3 225	3 225	28 850	
Stödande vård		0	0	2 000	0	2 000	0	0	4 000	
Geriatrik		29 200	1 300	800	4 750	1 050	650	750	38 500	
ASIH, palliativ vård		2 800	100	850	850	100	100	100	5 000	
Specialiserad rehabilitering		6 050	150	400	400	150	150	150	7 450	
Psykiatri		35 750						2 750	38 500	
Övrigt		200						0	200	
<b>Totalt vårdgivare utanför akutsjukhusen</b>		<b>86 500</b>							<b>122 500</b>	
<b>Procentuell ökning 2018 jämfört 2012</b>									<b>41,6%</b>	
<b>TOTALT</b>		<b>346 500</b>							<b>401 800</b>	
<b>TOTALT Procentuell ökning 2018 jämfört 2012</b>									<b>16,0%</b>	

1) Samtliga registrerade vårdtillfällen per uppdragstyp i VAL-databasen 2012. Tiohundra är inkluderad liksom även vårdtillfällen som ersättning inte utgår för.

2) Planering av årlig utökning av antal vårdtillfällen. Denna är ungefärlig och utgår från antaganden om verksamhetsinnehåll och medelvårdtider.

3) Totalt antal vårdtillfällen 2018 är ungefärligt då utfallet från 2012 inkluderas, ett utfall som bland annat förklaras av på hur många vårdplatser som vårdgivarna haft disponibla och vilken beläggningsgrad som uppnåtts.

På Nya Karolinska Solna bedöms den årliga volymen av slutenvård uppgå till 56000 vårdtillfällen när sjukhuset är i full drift 2018. Detta innefattar såväl den nya NKS-byggnaden som andra intilliggande byggnader (ALB-huset och ny strålbyggnad). Det innebär att kapaciteten sammantaget vid Karolinska i Solna i stort sett bedöms komma att uppgå till dagens volymer.

För samtliga övriga akutsjukhus utom Norrtälje finns beslutat eller planerat en utbyggnad på totalt 221 vårdplatser. Vid Norrtälje bedöms finnas möjligheter att, vid behov, omorganisera vårdplatser mellan olika områden.

När det gäller utbyggnad av övrig somatisk specialistvård utanför akutsjukhus har arbetet med att etablera en försöksverksamhet vid Sabbatsbergs sjukhus inletts. Planeringen av övriga sjukhus fortsätter i enlighet med fastställd vårdutbudskarta. Tänkbara platser för ytterligare utbyggnad av somatisk specialistvård utanför akutsjukhus är Löwenströmska sjukhuset, Sollentuna sjukhus, Nacka Närsjukhus och Dalens sjukhus. Genom de vårdval som införts och kommer att införas ökar den somatiska specialistvårdens volymer kontinuerligt, både inom öppen- och slutenvård. Inom alla vårdområden finns privata vårdgivare som planerar för utökade verksamheter i egna lokaler.

Arbetet med att etablera stödjande vård pågår och planeras innebära att cirka 2 000 vårdtillfällen från akutsjukhusen skulle kunna övertas redan från 2014.

Den särskilda satsning på utbyggnad av geriatrisk vård som redovisades i föregående års vårdutbudskarta kvarstår. Satsningen innebär en ökning med cirka 7 300 vårdtillfällen mellan 2010 och 2019 och avser patienter från akutsjukhusen. Utbyggnaden sker bland annat vid Bromma sjukhus, Dalens sjukhus, Löwenströmska sjukhuset och Jakobsbergs sjukhus samt av den geriatrik som idag bedrivs vid Danderyds sjukhus. Även geriatriken vid Handens sjukhus byggs ut. Därtill kommer utökningar inom geriatriken under perioden för befolkningsutvecklingen på 5 300 vårdtillfällen. I vårdutbudskartan ovan redovisas endast den del av utbyggnaden som avser perioden 2012 till 2018 omfattande knappt 10 000 vårdtillfällen.

Även utbyggnaden av palliativ vård, avancerad sjukvård i hemmet och specialiserad rehabilitering kvarstår i enlighet med tidigare beslutad vårdutbudskarta. Den väntas innebära att patienter som idag vårdas på akutsjukhus skulle kunna få sina behov tillgodosedda inom dessa vårdområden. Antalet slutenvårdstillfällen inom dessa vårdområden ökas också med anledning av befolkningsökningen.

Detaljplaneringen gällande psykiatrins behov av slutenvårdsplatser fortsätter under 2013 och 2014.

Sammantaget innebär den planerade utbyggnaden i enlighet med vårdutbudskartan en ökning av slutenvården med sammanlagt cirka 16 procent eller cirka 55 000 vårdtillfällen till 2018. Förändringen i antalet vårdtillfällen ska läsas som att det är den inriktning på utbyggnaden av kapaciteten som föreslås. Beräkningarna har gjorts baserade på antaganden om bland annat medelvårdtider och utgår från det kapacitetsutnyttjande vårdgivare hade 2012. Ett ökat antal vårdkedjor, ett högre kapacitetsutnyttjande förändrar antalet vårdtillfällen. Med den beräkning som gjorts innebär den sammanlagda ökningen en viss överkapacitet, vilken väntas tas i anspråk då ombyggnationer med mera kan komma att innebära ett behov av evakueringslokaler.

## 6.2 Tioårig investeringsplan för hälso- och sjukvården

Utgångspunkten är att utveckla den nuvarande infrastrukturen för att stödja vårdutbudsplaneringen i enlighet med Framtidsplanen. Baserat på denna planering innehåller den tioåriga investeringsplanen investeringar i lokaler och utrustning för hälso- och sjukvården på sammanlagt 27 660 mkr från 2014 till och med 2023. Kostnaderna för OPS avtalet för NKS ingår inte här.

### 6.2.1 Planering för strategiska investeringar

Den tioåriga investeringsplanen uppgår 2014-2023 till 27,6 mdkr, vilket är lägre än de 28 mdkr som planen uppgick till vid budgetbeslut 2013. I takt med att investeringsplanen genomförs förändras beloppen. Utöver detta justeras investeringsplanen genom att objekt justeras, alternativt tillkommer eller avförs.

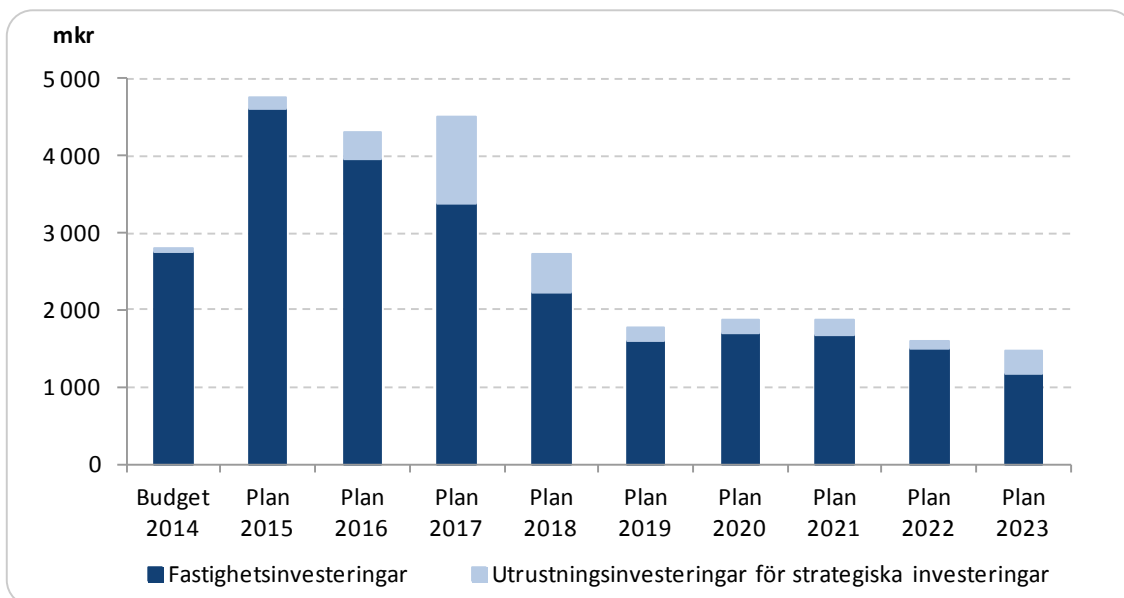
**Tabell 4 Sammanfattning av investeringar**

	5 år 2014-2018	10 år 2014-2023
<b>Strategiska investeringar</b>		
Karolinska Universitetssjukhuset (inkl. investeringar som komplement till Nya Karolinska Universitetssjukhuset i Solna)	2 329	4 843
Södersjukhuset	2 604	3 353
Danderyds sjukhus	1 652	2 044
S:t Göran	617	1 176
Södertälje	1 150	1 150
Norrtälje	0	0
S:t Eriks ögonsjukhus	0	0
Sjukhus med somatisk specialistvård, geriatrik och psykiatri	3 306	3 306
Övriga strategiska investeringar	495	495
<b>Summa: Strategiska investeringar</b>	<b>12 154</b>	<b>16 368</b>
Ersättningsinvesteringar	7 058	10 467
Rationaliseringsinvesteringar	8	8
Utrustningsinvesteringar för strategiska investeringar	2 180	3 132
Erfarenhetsmässig justering*	-2 314	-2 314
<b>Summa: Investeringar</b>	<b>19 085</b>	<b>27 660</b>

\*Justeringspost baserad på erfarenhet av att samtliga projekt ej kommer löpa i enlighet med ursprunglig plan

Redovisningen av ersättningsinvesteringar och rationaliseringsinvesteringar har ändrats, och dessa poster återfinns nu under ersättningsinvesteringar. Detta är den primära orsaken till att posten ersättningsinvesteringar ökar jämfört med föregående år.

Jämfört med tidigare års investeringsplan synliggörs i tabell 4 justeringspost baserad på erfarenhet av att samtliga projekt inte kommer att löpa i enlighet med ursprunglig plan.



**Diagram 4** Totala investeringsutgifter 2014 - 2023

Den totala investeringsutgiften fördelas enligt planen över den tioåriga perioden enligt diagram 4.

I enlighet med investeringsstrategin har investeringar i byggnader i den tioåriga investeringsplanen delats upp i strategiska investeringar, ersättningsinvesteringar och rationaliseringsinvesteringar. Begreppen definieras i landstingets investeringsstrategi LS 1101-0096 på nedanstående sätt.

*Strategiska investeringar* skapar större nytta än vad som finns idag genom att genomföra strukturella förändringar av inriktningen på landstingets verksamhet, väsentligt öka utbud gentemot länsinnevånarna och införa ny teknik/nya behandlingsmetoder inom landstinget.

*Ersättningsinvesteringar* behåller samma nytta som finns idag genom att livscykelinvesteringar genomförs i syfte att säkerställa fungerande verksamhet, säkerställa och bevara värdet på landstingets tillgångar, byta ut eller uppdatera tekniska lösningar och genom att uppfylla myndighetskrav.

*Rationaliseringsinvesteringar* genomförs i syfte att rationalisera drift av verksamheten, effektivisera verksamheten samt bidra till positiv resultatutveckling inom Stockholms läns landsting.

Utrustningsinvesteringar i samband med strategiska investeringar, är beräknade med en schablon om 20 procent av utgiften för de strategiska fastighetsinvesteringarna. Schablonen är anpassad såtillvida att investeringar som omfattar ny- och ombyggnation av behandlingslokaler har en beräknad andel för utrustningsinvesteringar på cirka 30 procent vid nyproduktion

respektive cirka 20 procent vid ombyggnation. Skillnad görs också för de strategiska investeringarna avseende lokaler för behandling/diagnostik och vårdavdelningar där vårdavdelningar har lägre utrustningskostnad. Schablonen är också justerad med hänsyn till att befintlig utrustning kan återanvändas. Den skattade utgiften för utrustningsinvesteringar fördelas över de sista åren innan färdigställande.

I det fortsatta arbetet med preciseringen av investeringarna kommer också omfattningen av utrustningsinvesteringar att prövas. Ambitionen är att även inom detta område minska den totala kostnaden med bibehållen kvalitet.

Redovisade investeringsutrymmen ska ses som den högsta utgiften som det fortsatta arbetet har att hålla sig inom. En generell inriktning för det fortsatta arbetet är att ytterligare studera förutsättningarna för att få till stånd så kostnadseffektiva lösningar som möjligt.

Under 2014 fortsätter arbetet med att realisera investeringarna i enlighet med Framtidsplanen. För att få en helhetsbild och god utveckling av landstingets lokaler för vårdändamål planeras och samordnas arbetet med de strategiska investeringarna och ersättningsinvesteringar, i enlighet med landstingsfullmäktiges ramar.

### 6.2.2 Investeringar vid universitetssjukhuset

Frågor kring fastighetsutnyttjande på Karolinska Solna beskrivs i det särskilda ärendet om Karolinska Universitetssjukhuset som ska behandlas av landstingsfullmäktige.

I den ursprungliga planeringen och beslut om att bygga NKS fanns en relation mellan vårdplatser i förhållande till antalet intensivvårdsplatser, operationssalar med mera utifrån att vården skulle bedrivas på ett visst sätt. I det fortsatta arbetet har en delvis ny plan av hur vården ska bedrivas tagits fram. Detta innebär en möjlighet att bättre utnyttja resurserna vid det nybyggda Karolinska Solna om fler slutenvårdsplatser skapas. I Framtidsplan - första steget i genomförandet – föreslogs att nuvarande Thoraxbyggnaden (N-kvarteret) skulle behållas för vårdändamål med slutenvårdsplatser. En fördjupad analys av N-kvarteret visar att byggnaderna inte bedöms lämpliga för slutenvård. I stället planeras slutenvårdsplatser att förläggas till den nya strålbyggnaden. I Framtidsplan- första steget i genomförandet- gavs även uppdrag om utredning kring konsekvenserna av att behålla vårdverksamhet i Q-huset (nuvarande Astrids Lindgrens barnsjukhus) vilket fortfarande pågår.

N-kvarteret föreslås bli en integrerad del av forskningsklustret vid Karolinska Solna med vårdnära verksamheter som patologi som förbinds med FoU verksamheter. Här placeras också expeditionsutrymmen för vård, klinisk FOUU-verksamhet samt central administration samt medicinsk teknik och radiofarmakologi.

L-kvarteret (laboratoriekvartererna) ska inrymma stora delar av Karolinska Universitetslaboratoriet och biobank.

När det gäller Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge som byggdes för 40 år sedan kan konstateras att det har en generell struktur som har varit hållbar

och kunnat anpassas till sjukhusets utveckling genom åren. Med tiden dock ansamlats ett tekniskt upprustningsbehov av befintlig operationsavdelning.

Sjukhuset har utrett olika alternativ för att komma tillrätta med tekniska problem på operationsavdelningen, och möjliggöra en utveckling för operations- och interventionsverksamheten. Sjukhuset har funnit att en tillbyggnad på baksidan av sjukhuset med anslutning till dagens huskropp är den lösning som på bäst sätt löser problemen. Det så kallade FRIO-projektet ("Framtidens intervention och operation") ger förutsättningar för verksamhetsutveckling och samlar all operations- och interventionsverksamhet tillsammans med dess stödfunktioner. Den föreslagna nybyggnadsarean för FRIO är 64 600 kvadratmeter till en investering om 2 750 miljoner kronor exklusive utrustning. Kostnad tillkommer för ombyggnad av lokaler som operation och annan verksamhet lämnar, cirka 30 000 kvadratmeter.

Landstingsfullmäktige uppdrog den 15 juni 2011 åt landstingsstyrelsen att anpassa program för tillbyggnad för FRIO – operation och intervention i enlighet med beslut i ärendet Framtidsplan för hälso- och sjukvården.

En så kallad strategisk förstudie för akutsjukhus (inkl. Karolinska Huddinge) och övriga sjukhus slutfördes under våren 2012 i syfte att utreda vilket vårdutbud och vilken kapacitet dessa ska kunna tillhandahålla enligt Framtidsplanen. Förstudien utgick från principer om framtida struktur, värdeffekt, stegvis utbyggnad, balans mellan olika behov, ekonomi och genomförande. I den strategiska förstudien prövades, i likhet med övriga sjukhus, om behoven i Karolinska Huddinge kan lösas genom att i större utsträckning använda befintlig byggnadsstruktur. Syftet var att minska andelen nybyggnad och därmed kostnaderna för investeringen samt att tillvara ta och värna den generella byggnadsstruktur som Karolinska Huddinge har.

I förstudien prövades ett alternativ till FRIO med en ombyggnad av befintliga lokaler kompletterat med mindre tillbyggnader. Ombyggnadsalternativet bedömdes ge goda långsiktiga lösningar för verksamheten då befintliga byggnader medger nybyggnadsstandard som uppfyller moderna krav. Det alternativa förslaget byggde på att operationskapacitet skulle skapas så att ombyggnad kan göras i en eller högst två etapper för att minska genomförandetiden och risken för verksamhetsstörningar. Tidigare ombyggnadsförslag som studerats hade från fyra till nio ombyggnadsetapper och hade inneburit oacceptabla verksamhetsstörningar och lång tid för genomförande. Det alternativa förslaget bedöms kosta cirka hälften av investeringen för FRIO med utnyttjande av befintliga lokaler och med behållande av Karolinska Huddinges generella struktur. Genomförandet av en ombyggnation är naturligtvis svårare än vid nybyggnation. En ombyggnation måste därför planeras och genomföras med stor omsorg. Ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset bedömde riskerna som alltför stora i ett om- och tillbyggnadsscenario och förordade fortsatt förslaget till nybyggnad av FRIO.

Operations- och interventionskapaciteten vid Karolinska Huddinge bedöms förbli väsentligt oförändrad fram till 2018 och produktionen uppskattas ligga kvar på motsvarande nivå som idag. En förutsättning för detta är fungerande lösningar på de tekniska problem som finns i dagens lokaler.



Under våren 2013 har en förstudie utförts med syfte att utreda olika alternativ och steg av åtgärder från brandsäkring till hel ombyggnad av operationsavdelningen. Här ingår också förslag om tillbyggnader som krävs för vårdproduktion enligt Framtidsplanen. Uppskattning av investeringsutgifter, tidplan, verksamhetskonsekvenser och riskanalys har särskilt beaktats.

Alternativet som förordas innebär en teknisk upprustning och ombyggnad av befintlig operationsavdelning, med viss tillbyggnad och möjlighet till verksamhetsutveckling. Investeringskostnader för detta beräknas till 750 mkr. Bedömning är att detta alternativ ger lägst totalkostnad och bäst lösning för Stockholms läns landsting. Ombyggnaden och den tekniska upprustningen ska påbörjas snarast. I planeringen ska särskilt fokus läggas på goda evakueringslösningar och att minimera störningarna i verksamheten. Till följd av detta kommer investeringsplanen att arbetas om.

### 6.2.3 Investeringar i akutsjukhus

Akutsjukhusens uppdrag i kombination med byggnadernas ålder och behov av allmän upprustning påverkar investeringsbehoven i akutsjukhusen.

Den inriktning för investeringar i akutsjukhusen som fastställdes av landstingsfullmäktige i anslutning till behandlingen av Framtidsplan i juni 2012 ligger fast.

Landstingsfullmäktige fastställer under våren 2013 genomförandebeslut för om- och nybyggnad av Södertälje sjukhus samt beslut gällande förberedande arbeten inför nybyggnad vid Danderyds sjukhus.

### 6.2.4 Investeringar i övriga sjukhus

Flera av nuvarande sjukhus som landstinget äger är möjliga att utveckla och anpassa till sjukhus för somatisk specialistvård, geriatrik, psykiatri och annan vård. Dessa fastigheter har en utvecklingspotential som gör att investeringar leder till att sjukvård kan bedrivas i dessa under lång tid. I den framtida hälso- och sjukvårdsstrukturen kommer mer avancerade sjukvårdsinsatser än idag, att bedrivas utanför akutsjukhusen. De flesta sjukhusen har redan, eller kan byggas om till, en standard för sådan vård. Här finns potential att ta emot ökade vårdvolymer, både i öppen- och slutenvård.

Den inriktning på investeringar som landstingsfullmäktige fastställde i juni 2012 för sjukhusen ligger fast. En justering av investeringsbeloppen har gjorts då kostnader för kreditiv och index har adderats. Vidare höjs investeringsutgiften i Nacka sjukhus från 20 mkr till 349 mkr som en följd av ökad ombyggnadsyta.

### 6.2.5 Vårdplatser inom slutenvård

Sammantaget leder antagande om vårdbehov, kapacitet och byggnadsplanering till en utbyggnad av knappt 900 vårdplatser fram till och med 2018, fördelat på ca 220 vårdplatser på akutsjukhusen och 650 på sjukhus med specialistvård. Utöver detta tillkommer nya vårdplatser planerade och initierade av andra aktörer.

#### **Detta kapitel omfattar**

Förslag på förändringar av volymer på den slutna hälso- och sjukvården som utgår från de analyser av de kommande årens ökning av vårdbehovet som redovisats tidigare.

Förslag på förändringar av vårdvolymer som redovisas omvandlas till behov av investeringar i byggnader och utrustning.

## 7 Fortsatt genomförande

Det fortsatta genomförandearbetet har som utgångspunkt de målbilder och strategier som beslutats av landstingsfullmäktige i Framtidsplanen, samt övriga inriktningar som föreslås detta dokument. Arbetet utförs gemensamt av landstingets förvaltningar, bolag och i samarbete med vårdgivarna samt Karolinska Institutet.

Ett arbete pågår med att få till stånd en förbättrad målstyrning med en tydlig koppling till landstingets strategiska dokument däribland Framtidsplan för hälso- och sjukvården. I det fortsatta arbetet är avsikten att bryta ner de långsiktiga målen i kortsiktiga mål och mätbara indikatorer. Detta för att göra målen mer operationellt hanterbara i verksamheten samtidigt som förutsättningarna för uppföljning av måluppfyllelse förbättras. Genom att utveckla målstyrningen betonas att de förtroendevalda pekar ut mål och inriktning, medan verksamheterna svarar för utförandet. Detaljplaneringen av det fortsatta genomförandet av Framtidsplanen utgår denna inriktning.

Utvecklingen går under 2013 in i en fas där förändringar börjar genomföras. Utifrån strategierna föreslås att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden får i uppdrag att fortsätta arbeta med genomförandet.

Arbetet ska under 2013 och 2014 inriktas på nedanstående strategiområden:

- Ökad tillgänglighet utifrån behov med individen som utgångspunkt
- Ett hälsofrämjande förhållningssätt
- Förbättrat omhändertagande nära patienten
- Nära samverkan mellan husläkarmottagningar och övrig specialistvård
- Förstärkning av vårdutbudet utanför akutsjukhusen
- Renodling av akutsjukhusens verksamhet
- Integrering av psykiatrisk vård och somatisk vård
- Särskilt uppdrag till Universitetssjukhuset
- Utveckling av eHälsotjänster och informationshantering
- Stärkt styrning och uppföljning
- Värdeskapande forskning och utveckling utifrån patientperspektiv

## 7.1 Fokusområden

Utöver detta ska arbete bedrivas inom bland annat nedanstående fokusområden.

### 7.1.1 Utveckling av hälso- och sjukvård utifrån individens samlade behov

I Hälso- och sjukvårdsnämndens budgetförslag för 2014 återfinns förslag på förändringar som utgår från Framtidsplanens intentioner. Fortsatta områden i genomförandet som särskilt ska beaktas redovisas nedan.

Innovation och utveckling som stödjer utveckling av arbetssätt med utgångspunkt från tankegångar runt Nätverkssjukvård, patientsäkerhet och kostnadseffektivitet stöds i det fortsatta arbetet.

Utveckling fortsätter av eHälsotjänster som skapar medinflytande för individen och som stödjer denne att förbättra sin hälsa, ta hand om sina egna sjukdomar och kunna bo kvar hemma längre. Tjänster utvecklas för att patienten, dennes närstående samt vård och omsorgspersonal lätt ska kunna finna information om egenvård och vårdgivare samt annan information som underlag för medinflytande och valfrihet.

Inom det hälsofrämjande och förebyggande området prioriteras ungas psykiska hälsa, riskabla alkoholvanor, övervikt och fetma, rökning samt ojämlikhet i hälsa. Andra prioriterade områden är förebyggande av skador i vården och insatser för att förebygga uppkomst av akutsjukvårdsbehov.

Stöd för individens möte med och väg genom vården utvecklas vidare. Arbetet med coacher och koordinators för dem med de största behoven fortsätter. Ett särskilt utvecklingsarbete görs för att personer med funktionshinder ska få en jämlik tillgång till hälso- och sjukvård utifrån sina behov.

### 7.1.2 Tryggande av vårdkapacitet och investeringar

De förändringar i hälso- och sjukvården som ska genomföras utgår från vårdutbudskartan och förslagen i kapitel 5 och 6. Investeringar i nya lokaler ska skapa förutsättningar för utveckling av effektivitet och produktivitet. Investeringar i den tioåriga investeringsplanen optimeras.

Planer för att proaktivt identifiera och hantera kritiska utmaningar och risker vid omstrukturering av vården och genomförande av investeringar tas fram.

En strikt styrning över investeringsprocessen sker för att utmana och bedöma rimlighet av befintliga investeringar i tioåriga investeringsplanen samt eventuellt nya investeringar.

### 7.1.3 Utvecklad styrning av innehåll och resultat

Styrningen av vården utvecklas och samordnas för att åstadkomma de förändringar som Framtidsplanen innebär. Kunskapsstyrningen har en viktig roll för att stärka vårdens innehåll och för att skapa förutsättningar för samverkan mellan vårdgivarna. Innehåll i uppdrag, avtal, och ägardirektiv samt ersättningsmodeller utvecklas för att stödja önskade förändringar i verksamhetsinnehåll, arbetsorganisation och arbetssätt.

Former för uppföljning av vårdens samlade resultat och hur de olika delarna bidrar till införandet av nätverkssjukvård utvecklas. Uppföljning av vårdens resultat utifrån patient- och hälsoperspektiv kan även fungera som underlag för utveckling av värdebaserade ersättningsmodeller. Förbättrade informationssystem som ger nya förutsättningar för forskning och utveckling ur patientperspektiv inom vården utvecklas.

### 7.1.4 Säkerställande av eHälsa och strategisk IT

Utveckling av stöd för vårdgivare, patienter/närstående samt för uppföljning och ersättning ska prioriteras. Lösningar som definieras i arbetet med Framtidsplanen ska också innefatta IT-stöd, som stöder ett nätverksbaserat arbetssätt och tvärgående processer i vården. En detaljering av den övergripande IT-strategin som en integrerad del av Framtidsplanen håller på att utformas. Det arbete som planeras av den strategiska funktionen för samordning av eHälsa och strategisk IT inleder det konkreta genomförandet.

### 7.1.5 Aktivt arbete med förändringsledning

En gemensam ambition med nätverkssjukvården bland landstingets funktioner är av stor betydelse. Befintliga funktioner och förvaltningar mobiliseras för att kunna ta ansvaret i linjen enligt landstingets övergripande styrmodell. För särskilt viktiga strategiska fokusområden t.ex. produktionsplanering, strategisk IT, personalförsörjning, ekonomistyrning ska lämpliga befintliga funktioner utnyttjas och samordnas. För områden där sådana saknas kan nya behöva skapas.

Chefer och medarbetare inom olika verksamheter engageras i att aktivt driva förändring och hantera kommande förändringar. Det behöver skapas forum på olika nivåer för förändringsledare hos vårdgivarna och centrala förvaltningar. Kommunikationen om målbild och önskvärda effekter intensifieras för att skapa förståelse, insikt och stöd för genomförandet. Gentemot vårdgivarnas ledningsfunktioner utvecklas samverkansformer och stöd samt kommunikationsstrategier med fokus på mål och förändringsledning.

### 7.1.6 Utveckling av processer och arbetssätt för att säkerställa vården utanför akutsjukhusen

Vårdgivare på sjukhus med specialistvård, inom geriatrik och psykiatri, palliativ vård, primärvård och hemsjukvård samt den primärkommunala vården och omsorgen engageras i att anpassa arbetssätt och processer för att ta hand om de patienter som inte behöver akutsjukhusens resurser. Ett systematiskt arbete med detta inleds.

### 7.1.7 Insatser för kompetensförsörjning

Att säkerställa kompetensförsörjningen inom hela nätverkssjukvården är en förutsättning för att åstadkomma vård enligt Framtidsplanen. Det behövs fler utbildningsplatser, praktikplatser och säkerställd kvalitet i befintlig utbildning. Utifrån pågående arbeten i enlighet med tidigare avsnitt ska arbetet med att säkerställa kompetensförsörjningen fortsätta. Särskilda insatser i form av upphandlade specialistutbildningar kan bli aktuella. För riktade och mer omfattande kompetens- och- utvecklingsinsatser utanför ordinarie sjukvårdsbudgetar utreds behovet av centrala omställningsmedel.

### 7.1.8 Strategi för forskning, innovation och utveckling

Ett ökat fokus behövs på kopplingen mellan forskning, innovation och medicinsk utveckling. En innovationsstrategi och handlingsplan tas fram under 2013. Med denna som underlag intensifieras arbetet under 2014.

Avtal och ersättningssystem utformas så att de stödjer uppdragen samtidigt som det ger tillräckligt långsiktiga incitament att bedriva forskning och utveckling.

Infrastrukturen stärks genom utveckling av kvalitetsregister, biobanker, IT-stöd och vårdinformatik. Detta sker bland annat ske genom 4D projektet där även nya arbetssätt ingår som en viktig del av utvecklingen.

## 8 Avrapporering av fullmäktiges uppdrag

Landstingsfullmäktige beslutade i juni 2012 om Framtidsplanen – Första steget i genomförandet. I samband med detta gav fullmäktige ett antal uppdrag till landstingsstyrelsen och till hälso- och sjukvårdsnämnden. Nedan följer en redovisning av hur dessa uppdrag genomförts. Vidare redovisats åtgärder till följd av landstingsfullmäktiges uppdrag i juni 2011 som inte var avslutade vid redovisningen till landstingsfullmäktige i juni 2012.

### 8.1 Uppdrag åt landstingsstyrelsen

Tabell 5 Hantering av de uppdrag landstingsfullmäktige lämnat till landstingsstyrelsen

Beslut	Åtgärder
<b>Dnr: LS 1109-1216 (Beslut juni 2011)</b> <b>Ärende: Förslag till profilering av respektive akutsjukhus</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att utarbeta förslag till profilering av respektive akutsjukhus för beslut i landstingsfullmäktige	Ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>Dnr: LS 1109-1220 (Beslut juni 2011)</b> <b>Ärende: Principer för uthyrning av vårdlokaler</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att besluta om principer för uthyrning av vårdlokaler	Ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>Dnr: LS 1109-1232 (Beslut juni 2011)</b> <b>Ärende: Samordna upphandling av byggnationer, inventarier mm</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att, i samråd med berörda verksamheter, samordna upphandlingar av byggnationer, inventarier och IT för de behov som framgår av Framtidsplan för hälso- och sjukvården	Pågår
<b>Dnr: LS 1109-1233 (Beslut juni 2011)</b> <b>Ärende: Redovisa åtgärder med anledning av Framtidsplanen</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att årligen i samband med behandling av budgetärendet i landstingsfullmäktige redovisa vilka åtgärder som vidtagits respektive kommer att vidtas samt tidplan för att implementera Framtidsplan för hälso- och sjukvården	Redovisning av 2011 års arbete ingick i budgetunderlag 2012. Redovisning av 2012 års arbete ingår i Framtidsplanen andra steget.
<b>Dnr: LS 2012-1021 (Beslut 2012, att-sats nr 54)</b> <b>Ärende: Program för ny- och ombyggnad av Södersjukhuset</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att anpassa program för ny- och ombyggnad av Södersjukhuset i enlighet med LS 1109-1229	Särskilt ärende förbereds till landstingsfullmäktige
<b>Dnr: LS 2012-1022 (Beslut 2012, att-sats nr 55)</b> <b>Ärende: Program för ny- och ombyggnad av Danderyds sjukhus</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att anpassa program för ny- och ombyggnation av Danderyds sjukhus i enlighet med LS 1109-1229	Särskilt ärende kommer till landstingsfullmäktige

## Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet

Beslut	Åtgärder
och därmed anse Danderyds sjukhus hemställen, LS 1111-1522,	
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 56)*</b>	
<b>Ärende: Återuppta programarbete ny- och ombyggnation Södertälje sjukhus</b>	
att godkänna Södertälje Sjukhus AB:s avrapportering av uppdraget LS 1102-0231 att återuppta programarbetet avseende ny- och ombyggnation av Södertälje Sjukhus, LS 1110-1372, i enlighet med LS 1109-1229	Beslutat i landstingsfullmäktige i särskilt ärende mars 2013
<b>Dnr: LS 2012-1023 (Beslut 2012, att-sats nr 57)</b>	
<b>Ärende: Anpassa programarbete för ny- och ombyggnation av Södertälje sjukhus</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att anpassa program för ny- och ombyggnation av Södertälje Sjukhus i enlighet med LS 1109-1229 till en total investeringskostnad på 1 200 miljoner kronor för bygginvesteringar samt därutöver tillkommande utrustningsinvesteringar	Beslutat i landstingsfullmäktige i särskilt ärende mars 2013
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 58)*</b>	
<b>Ärende: Investering byggnad 25 på Södersjukhuset</b>	
att godkänna genomförandet av investeringen Södersjukhuset: Byggnad 25 – Ombyggnad till vårdavdelningar i enlighet med landstingsdirektörens förslag, Mål och budget 2013 och plan för åren 2014-2015 för totalt 133 miljoner kronor varav totalt 109 miljoner kronor beslutas ingå i investeringsbudget för 2013 med inriktning för planåren 2014-2017.	Genomförandet pågår
<b>Dnr: LS 2012-1024 (Beslut 2012, att-sats nr 59)</b>	
<b>Ärende: Förstudie flytt av geriatrisk vård från S:t Göransområdet till Sabbatsberg</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att genomföra en förstudie för att flytta huvuddelen av den psykiatriska vården från S:t Göransområdet till Sabbatsbergs sjukhus i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>Dnr: LS 1109-1228 (Beslut juni, 2011)</b>	
<b>Ärende: Riskdelning vid investeringar</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att, i samråd med berörda verksamheter, utarbeta ett förslag till modell för delning av risker vid genomförandet av investeringarna inom Stockholms läns landsting för beslut i landstingsfullmäktige	Beredning pågår av särskilt ärende till landstingsstyrelsen, planerat under 2013
<b>Dnr: LS 2012-1025 (Beslut 2012, att-sats nr 60)</b>	
<b>Ärende: Vidareutveckla riskfördelningsmodellen för investeringar</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att vidareutveckla riskfördelningsmodellen för investeringar samt utarbeta riktlinjer och implementera den beslutade riskfördelningsmodellen i enlighet med LS 1109-1229	Beredning pågår av särskilt ärende till landstingsstyrelsen, planerat under 2013
<b>Dnr: LS 2012-1026 (Beslut 2012, att-sats nr 61)</b>	
<b>Ärende: Mäta produktivitet och effektivitet</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att fatta beslut om mått för att mäta effektiviteten och produktiviteten i hälso- och sjukvården och utifrån dessa ange mål för utvecklingen av effektiviteten och produktiviteten i hälso- och sjukvården i enlighet med LS 1109-1229	Arbete pågår, avrapportering kvarstår

## Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet

Beslut	Åtgärder
<b>Dnr: LS 2012-1027 (Beslut 2012, att-sats nr 62)</b> <b>Ärende: Kalkyler för omställningskostnader</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att i budgetförslag för år 2014 återkomma till landstingsfullmäktige med detaljerade kalkyler över omstruktureringskostnader för Framtidsplan för hälso- och sjukvården samt föreslå en finansieringsmodell för detta i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>Dnr: LS 2012-1028 (Beslut 2012, att-sats nr 64)</b> <b>Ärende: Riskhantering vid genomförandet av Framtidsplanen</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen att utforma riskhanteringsmetod, process, samt verktyg för effektiv riskhantering vid genomförandet av Framtidsplanen i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>Dnr: LS 2012-1029 (Beslut 2012, att-sats nr 65)</b> <b>Ärende: Fortsatt arbete</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att fortsätta arbetet med utveckling av Framtidsplan för hälso- och sjukvården enligt föreslagen inriktning i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget

## 8.2 Uppdrag åt hälso- och sjukvårdsnämnden

Tabell 6 Hantering av de uppdrag landstingsfullmäktige lämnat till Hälso- och sjukvårdsnämnden

Beslut	Åtgärder
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 41)*</b> <b>Ärende: Utveckla vårdavtal</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att anpassa och utveckla alla vårdavtal för att stödja inriktningen på utvecklingen i enlighet med LS 1109-1229.	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 42)*</b> <b>Ärende: Utveckla den specialiserade vården utanför akutsjukhusen</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utveckla den specialiserade sjukvården utanför akutsjukhusen och därvid utreda hur olika sjukhus kan ges särskilda profiler och inriktningar i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 43)*</b> <b>Ärende: Utveckla ersättningssystem och vårdvalsmodeller</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utveckla ersättningssystem och vårdvalsmodeller för att stödja utvecklingen av sjukvården utanför akutsjukhusen i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 44)*</b> <b>Ärende: Forskning och utbildning</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att tillsammans med Karolinska Institutet, andra berörda högskolor och universitet samt berörda vårdgivare utveckla inriktning och utformning	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget



## Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet

Beslut	Åtgärder
av forskningen i nätverkssjukvården med beaktande av den omfattande utbyggnaden av sjukvården utanför akutsjukhusen i enlighet med LS 1109-1229	
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 45)*</b>	
<b>Ärende: Alternativa lokallösningar</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att med såväl kommuner och andra aktörer och intressenter undersöka alternativa lösningar på lokaler för sjukhus i enlighet med LS 1109-1229	Arbete pågår
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 46)*</b>	
<b>Ärende: Utbyggnad av geriatrisk vård</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att inleda utbyggnad av geriatriska vårdplatser över länet i syfte att möta kommande behov och därvid beakta att geriatrisk vård vid Karolinska Huddinge tills vidare ska behållas i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 47)*</b>	
<b>Ärende: Se över strukturen på rehabiliteringen</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att se över strukturen för rehabilitering i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 48)*</b>	
<b>Ärende: Utveckla stödjande vård</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att besluta om utveckling av vårduppdrag för stödjande vård i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 49)*</b>	
<b>Ärende: Utveckla den prehospitala vården</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utveckla en prehospital styrning som stödjer NKS och övriga vårdgivares uppdrag i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 50)*</b>	
<b>Ärende: Utveckla uppdraget för barnklinikerna</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utifrån föreslagen inriktning utveckla uppdraget vid akutsjukhusens barnkliniker i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 51)*</b>	
<b>Ärende: Utveckla psykiatrins slutenvård</b>	
att uppdra åt hälso- och sjukvårdsnämnden att utifrån psykiatrins behov planera framtida och andra slutenvårdsenheter i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 52)*</b>	
<b>Ärende: Förändringar i vårdutbudet</b>	
att fastslå inriktningen av förändringar i vårdutbudet fram till år 2018 i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget

## Framtidsplanen andra steget – konkretisering av det fortsatta arbetet

Beslut	Åtgärder
<b>(Beslut 2012, att-sats nr 53)*</b>	
<b>Ärende: tioårig investeringsplan</b>	
att fastslå den föreslagna inriktning av investeringar i lokaler och utrustning för hälso- och sjukvården som anges i den tioåriga investeringsplanen i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget
<b>Dnr: LS 1208-1029 (att-sats nr: 65)</b>	
<b>Ärende: Fortsatt arbete</b>	
att uppdra åt landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att fortsätta arbetet med utveckling av Framtidsplan för hälso- och sjukvården enligt föreslagen inriktning i enlighet med LS 1109-1229	Förslag ingår i Framtidsplanen andra steget

\* Inte diariefört med eget LS-nummer, uppdrag åt HSN eller slutbehandling

# Bilageförteckning

Bilaga 1 Förslag till principer för uthyrning av strategiska lokaler

# Principer för uthyrning av strategiska lokaler

## 1 Bakgrund

För att förverkliga framtidsplanen och flytta ut specialistvård och slutenvårdsplatser från universitets- och akutsjukhusen till övriga sjukhus behöver gällande principer för uthyrning av strategiska lokaler ses över.

Landstingsfullmäktige beslutade i juni 2011 att uppdra åt landstingsstyrelsen att besluta om principer för uthyrning av vårdlokaler.

## 2 Syfte

Syftet har varit att se över gällande principer för uthyrning av strategiska lokaler med frågeställningarna:

- Hur får vi tillräcklig rådighet över landstingets strategiska lokaler för att genomföra fullmäktiges beslut om framtidsplanen?
- Vilka principer för uthyrning av strategiska lokaler bör landstinget ha?
- Hur ser uthyrningsprocessen ut för strategiska lokaler idag och hur bör den se ut framöver? Hur bör arbetet organiseras? Vilken ansvarsfördelning bör etableras?
- Bör principerna för uthyrning av strategiska lokaler vara olika beroende på om det är upphandlad vård eller vårdval?

## 3 Metod

### 3.1 Definition av strategiska lokaler

Vården utvecklas över tiden och definitionen av en strategisk lokal förändras alltmedan vården utvecklas. Med en strategisk lokal avses här alla lokaler i fastigheter som ägs av landstinget samt inhyrda lokaler för geriatrik, psykiatri och beroendevård. Det vill säga där vården är av sådant slag att det är svårt att hitta motsvarande lokaler för verksamheten hos en privat fastighetsägare både på grund av fastigheternas begränsningar, men också på grund av fastighetsvärdens inställning till vårdformen. I enskilda fall kan inhyrda lokaler för vård i rätt geografiskt läge vara strategiska.

### 3.2 Uthyrningsmodeller

Idag används framförallt två modeller för uthyrning av lokaler.

#### 3.2.1 Direktuthyrning

Lokalen hyrs ut direkt till den som bedriver verksamhet i lokalen. För att landstinget ska behålla rådigheten över lokalen skrivs ett avstående från besittningsskydd som innebär att om landstinget för eget bruk behöver använda lokalen har landstinget rätt att återta lokalen utan kostnad. Avstående från besittningsskydd måste godkännas av hyresnämnden t.ex. om överenskommelsen om avstående ska gälla längre tid än 5 år.

#### 3.2.2 Tillhandahållandemodellen

Modellen innebär att Locum genom Landstingsfastigheter Stockholm hyr ut lokalen till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) som i sin tur upplåter lokalen via vårdavtal till verksamheten.

#### 3.2.3 Överväganden

Modellerna har olika fördelar och nackdelar. Båda modellerna ger landstinget viss rådighet över lokalerna men med olika tillvägagångssätt.

Vid direktuthyrning måste avståendet av besittningsskydd formuleras så att det godkänns av hyresnämnden och Locum måste hantera den löpande administrationen av besittningsskydden. Fördel med direktuthyrning är att modellen kan användas vid alla typer av upphandlingar av vård samt att administrationen kring lokalfrågorna i sin helhet kan hanteras av Locum. Om en verksamhet hyr ut lokalen i andra hand till annan vårdgivare måste verksamheten ta på sig ansvaret som hyresvärd för sin andrahandshyresgäst.

Tillhandahållandemodellen kan endast tillämpas vid vårdavtal med anvisad lokal. HSF behöver ha en större administration för att hantera lokalinformationen från Locum i vårdavtalen, men det blir enklare att hantera att vårdavtal och hyresavtal följer varandra i tid. Modellen, som inte är juridiskt prövad, förutsätter att det inte utgår något vederlag för lokalens nyttjande.

#### 3.2.4 Beskrivning av ansvarsfördelning och rutiner

Lokaluthyrningsprocessen på Locum följer samma processteg för samtliga lokaler. Det finns två alternativa ingångar som är startpunkt för processen. Dels genom att Locum får direktiv från HSF att en viss typ av verksamhet ska vara i en specifik lokal och dels genom att Locum blir kontaktad av en verksamhet som vill hyra en lokal i en specifik fastighet. När Locum blir kontaktad av en verksamhet stämmer Locum av med HSF om verksamheten har vårdavtal med landstinget och om verksamheten passar in i den aktuella fastighetens hyresgäststruktur innan beslut om uthyrning fattas.

Idag finns en samordnande lokalgrupp på ca 8-9 personer från Locum och HSF som träffas och diskuterar lokalfrågor en gång i månaden. I gruppen diskuteras uthyrningsfrågor och avyttringsfrågor av lokaler för akutvården, närsvården och somatisk specialistvård. I gruppen behandlas också frågor om hyresavtal eller vårdavtal som är i behov av förlängning samt om vård planeras att gå över till vårdval.

### 3.3 Förslag på nya principer för uthyrning av strategiska lokaler

Det är svårt att lösa alla lokalfrågor med generella principer, men genom att upprätta principer för uthyrningen av de strategiska lokalerna kan landstinget ha samma utgångspunkt vid diskussioner när det gäller uthyrningen av de strategiska lokalerna. Nedan följer förslag på principer för uthyrning av strategiska lokaler:

- **Direktuthyrning till vårdgivare**  
Direktuthyrning är den bästa modellen för uthyrning av landstingets egna lokaler och bör användas vid uthyrning till de flesta typer av vård så långt det är möjligt. För att landstinget ska behålla rådigheten över lokalerna ska avstående av besittningsskydd tecknas i samband med uthyrningen. Ändamålet med verksamheten i lokalen ska preciseras så noggrant som möjligt.
- **Tillhandahållandemodellen genom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen**  
När landstinget vill påverka det geografiska läget för en viss typ av vård är tillhandahållandemodellen ett alternativ. Vårdavtal med tillhandahållandemodellen kan användas för geriatrik och psykiatri där det geografiska läget för vården är av betydelse. Samma princip bör användas för så väl privat vård som vård i landstingets egen regi.
- **Profilering av Specialistsjukhus**  
I samband med projektet för Specialistsjukhus kommer flera av de Specialistsjukhus som startas att få en egen profil eller inriktning. För att profilen ska kunna behållas ska ändamålet med uthyrningen av lokalen preciseras så noggrant som möjligt.
- **Kostnader för gemensamma ytor**  
När flera vårdgivare behöver dela på gemensamma ytor ska kostnaderna för dessa ingå i respektive vårdgivares hyra. De gemensamma ytorna kan vara t.ex. väntrum, korridorer och gemensamma personalutrymmen. De gemensamma ytorna ska markeras på ritning i samband med uthyrningen. Samordningen av verksamheterna i de gemensamma ytorna hanteras i en separat överenskommelse.
- **Uthyrning av lokal där verksamheten övergår från vårdavtal till vårdval**  
Om en verksamhet finns i en lokal där vårdverksamheten ska gå från vårdavtal till vårdval ska verksamheten erbjudas att hyra lokalen till marknadsmässig hyra, under förutsättning av att detta inte förhindrar utvecklingen av önskad vårdprofil på sjukhuset.

## Bilaga 1. Principer för uthyrning av lokaler

---

- Uthyrning av tomställd eller ny lokal  
Innan en tomställd eller ny lokal hyrs ut till vårdgivare måste beslut om vem som ska få hyra lokalen fattas. Den som är intresserad av att hyra en lokal får hyra till marknadsmässig hyra. Om flera vårdgivare är intresserade av att hyra lokalen till samma hyra ska den som först anmält intresse prioriteras. Beslut om vem som ska få hyra lokalen fattas i lokalgruppen.
- Överlåtelse eller uppsägning av inhyrd strategisk lokal  
Genom att bevaka lokalbehoven för landstingets verksamheter i samband med överlåtelse eller uppsägning av en inhyrd lokal kan lokalen hyras ut till annan verksamhet inom landstingets egen regi. Motivering för överlåtelsen eller uppsägningen ska medfölja beslut som fattas i lokalgruppen.

### 3.3.1 Precisering av ändamålet vid uthyrning av lokaler

Det finns möjligheter som pekar på att vårdändamålet i ett hyresavtal kan preciseras så att bara viss typ av vård får bedrivas i lokalen. Hyresgästen kan bara ändra användningsändamålet om det finns beaktansvärda skäl för det och hyresvärden inte har anledning att motsätta sig den ändrade användningen, jfr 23 § hyreslagen.