



# Utredning av Region Västernorrlands framtida sjukhusstruktur

---

**Slutredovisning**

## 1. Inledning

Regionstyrelsen beslutade den 4 april 2023 om direktiv till en utredning av sjukhusstrukturen inom regionen. Utredningsarbetet planerades i två etapper. Den första etappen innebar en bred genomgång av tre huvudalternativ till strukturutveckling. Utredningsarbetet under denna första del genomfördes, i enlighet med direktiven, via extern och oberoende kompetens. I maj 2024 redovisades att alternativ till fortsatt inriktning för etapp 2 i utredningen.

I juni 2024 fattade regionfullmäktige beslut om att ta utredningen vidare till etapp 2. Hälso- och sjukvårdsnämnden fick i uppdrag att konkretisera uppdaterade direktiv. Dessa direktiv fastställdes av hälso- och sjukvårdsnämnden den 5 juli.

Utredningens andra etapp har – till skillnad från etapp 1 – involverat berörda verksamheter genom att lägga ett utredningsansvar på verksamheter och områden. Det uttalade syftet har varit fördjupa delredovisningens förslag ur ett verksamhets- och genomförandeperspektiv. Det innebär att utredningsarbetet bland annat har haft ett tydligt fokus på en rad konsekvensbeskrivningar (kring patientsäkerhet, ekonomi, arbetsmiljö och kompetensförsörjning).

Utredningen har genomförts inom ramen för åtta delprojekt, vars uppdrag har pågått från september till och med november. Ett stort antal verksamheter och medarbetare har varit inblandade direkt eller indirekt i utredningen. Detsamma gäller flera stödverksamheter inom regionledningsförvaltningen. Projektens delrapporter har i nästa steg genomgått riskbedömningar och konsoliderats till förvaltningens slutredovisning med tillhörande förslag.

Härmed överlämnas utredningen Region Västernorrland framtida sjukhusstruktur.

Härnösand den 6 februari 2025

**MARIA STRANDBERG**  
Hälso- och sjukvårdsdirektör

## Innehåll

1. Inledning.....	2
2. Sammanfattning.....	4
3. Uppdraget .....	7
4. Behovet av en förändrad sjukhusstruktur – en nulägesbeskrivning .....	9
5. Utredningsarbetets genomförande i sin helhet .....	20
6. Deluppdragens förslag och bedömningar .....	22
6.1 Förslag till vårdutbud och vårdnivå på sjukhuset i Sollefteå.....	22
6.2 Övergripande beskrivning av förändringar vid sjukhuset i Örnsköldsvik...	23
6.3 Övergripande beskrivning av förändringar vid sjukhuset i Sundsvall .....	24
7. Förvaltningens samlade bedömning .....	26
7.1 Överväganden om patientstyrningsfrågor .....	28
7.2 Långsiktig utvecklingsplan för sjukhuset i Sollefteå.....	29
8. Sammanfattning av konsekvenser .....	31
8.1 Ekonomi och bemanning .....	31
8.2 Patientsäkerhet.....	35
8.3 Tillgänglighet .....	35
8.4 Kvalitet .....	36
8.5 Transport- och resebehov .....	37
8.6 Arbetsmiljö .....	37
8.7 Kompetensförsörjning .....	38
8.8 Forskning/Utveckling .....	39
8.9 Påverkan på serviceverksamheter inom regionledningsförvaltningen .....	39
9. Utgångspunkter för en genomförandeplan .....	41
10. Förslag till beslut .....	46
Sammanfattning av enskilda struktur- och utbudsbeslut.....	46
Särskilda uppdrag i genomförandefas .....	46
11. Bilagor .....	48

## 2. Sammanfattning

Utredningen redovisade i sin delrapport (etapp 1) ett underlag som visar att Region Västernorrland har den lägst finansierade primärvården i Sverige och samtidigt den näst högsta nettokostnaden för specialiserad somatisk sjukhusvård per invånare.

Bedömningen var att den nuvarande sjukhusstrukturen inte kan realisera de skaleffekter och synergier som krävs för att uppnå en resurseffektiv verksamhet. Som en jämförelse beskrevs att med samma finansiering per invånare som medianvärdet i Sverige hade cirka 135 mkr kunnat tillföras primärvårdsbudgeten. Skulle regionen – med olika åtgärder – kunna nå medianen för kostnader för sjukhusvård i Sverige skulle detta kunna innebära ett “frigörande” av 745 miljoner kronor per år.

Denna analys är i vissa avseenden förenklad – men underlagen i etapp 1 kan för den skull inte avfärdas. Jämförelsen ger en tydlig fingervisning om vilken potential som ligger i att närma sig andra regioners effektivitet och produktivitet inom sjukhusvården. Strukturförändringar är en av flera åtgärder i en strategi för att kunna realisera denna potential.

Mot denna bakgrund har de bakomliggande politiska besluten och utredningens direktiv för etapp 2 utformats för att åstadkomma:

- Strukturella åtgärder inom hälso- och sjukvårdssystemet som bidrar att till befolkningens behov av hälso- och sjukvård kan tillgodoses inom ramen för en ekonomi i balans.
- Målet med förändringar av sjukhusstrukturen är att sänka kostnaderna för regionens sjukhusvård, där måttet kostnad per invånare står i förgrund.
- I förlängningen ska strukturförändringarna ge förutsättningar för en överföring av resurser till primärvården.

Utredningen har haft ambitionen att redovisa underlag kring föreslagna utbudsförändringar, som är tillräckligt väl underbyggda för att politiska genomförandebeslut ska kunna fattas av regionfullmäktige. Utredningen ska också kunna ligga till grund för det faktiska genomförandet av förändringar.

Det bör här noteras att ett flertal genomförandaspekter och detaljfrågor behöver tas efter ett politiskt beslut. Till sådana frågor hör exempelvis rutiner och styrdokument för hälso- och sjukvårdens processer. Det finns också vissa utvecklingsfrågor - inte minst kopplat till den kvarvarande verksamheten vid sjukhuset i Sollefteå - som kommer kräva mer tid och gemensamt arbete inom framför allt närsjukvårdsområde väster. En närmare beskrivning ges bland annat i avsnittet Utgångspunkter för en genomförandeplan.

De huvudsakliga förändringar som föreslås i föreliggande slutredovisning överensstämmer på en övergripande nivå med inriktningsdirektiven och förslagen i alternativ fyra (som redovisades i etapp 1). Men det finns också några särskilda överväganden som behöver kommenteras närmare.

Utredningen har i olika avseenden lagt stor vikt vid det akuta omhändertagandet av patienter. När narkosläkarjour och all IVA-kapacitet avvecklas vid sjukhuset i Sollefteå medför det krav på förändrade arbetssätt. Nära sammankopplat med dessa frågor är bemanning, kompetens och ansvar i det akuta omhändertagandet vid sjukhuset i Sollefteå.

Även omfattningen på det internmedicinska åtagandet vid sjukhuset i Sollefteå har analyserats noga. I etapp 1 föreslogs en geriatriskt inriktad vårdavdelning som skulle inriktas helt på den multisjuka, äldre och sköra patienten. Men definitionen av geriatrisk vård har bedömts som otydlig och begränsande i förhållande till den kapacitet direktiven anger för den kvarvarande verksamheten vid sjukhuset i Sollefteå.

Berörda delprojekt har mot denna bakgrund här föreslagit ett vårduppdrag och en inriktning som innebär att det akuta medicinflödet ska vara oförändrat och patienter ska tas in på akutmottagningen för en första bedömning och vid behov behandlande insatser. Patienter som behöver – eller riskerar att behöva – intensivvårdens verksamheter selekteras ut och transporteras till en högre vårdnivå.

Genomförda riskbedömningar – tillsammans med de medicinska dialoger som förts – ger dock vid handen att lösningen med att ta alla patienter via akutmottagningen på Sollefteå sjukhus för bedömning och initial behandling innebär vissa patientsäkerhetsrisker.

Denna konsoliderade slutrapport föreslår, mot denna bakgrund, därför ett fortsatt och fördjupat analysarbete kring styrningen av specifika flöden – som stroke, hjärta, sepsis och barn. Avsikten är att detta analysarbete genomförs i en genomförandefas. Det behövs därmed en mer detaljerad analys av vilka patientvolymerna som ska selekteras och hur den selekteringen ska ske för att undvika så kallade sällanhändelser och därmed skapa tillräckliga volymer för att upprätthålla kompetens och patientsäkerhet.

Sammantaget föreslås följande strukturförändringar vid sjukhuset i Sollefteå:

- Medicinavdelningen går från 24 till 12 vårdplatser jämte maximalt tre till fem OBS-platser. Den huvudsakliga inriktningen är att vårda äldre, multisjuka och sköra patienter.
- Intensivvårdsverksamhetens kapacitet inklusive IMA/HIA och narkosläkarjour överförs till sjukhuset i Örnsköldsvik

- Barn- och ungdomsmedicins kapacitet – med två slutenvårdsplatser och barnläkare i beredskap – upprätthålls vid sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall.
- Operationsverksamheten överförs stegvis till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall, med ett fokus på den ortopediska slutenvårdskirurgin.
- Som en konsekvens av förändringarna inom operationsverksamheten avvecklas vårdavdelning 15 (ortopedi). Ambitionen är att bibehålla den ortopediska mottagningsverksamheten i Sollefteå.
- Anpassningar när det gäller traumaomhändertagande och omhändertagande av akut sjuka patienter inom ÖNH/kirurgi/urologi genomförs.

Stödverksamheter som röntgen och laboratoriemedicin bibehåller sin dygnet-runt-kapacitet. Akutmottagningen föreslås vara dygnet-runt-öppen.

Akutmottagningen anpassar sin verksamhet efter de nya förutsättningarna med inriktning på att tillhandahålla en läkarkompetens motsvarande specialister i allmänmedicin. Ambulansverksamheten skalar upp sin verksamhet för att klara ett större antal transporter och ha en beredskap som medger en god patientsäkerhet.

Sammantaget bedöms förändringarna leda till en säkerställd kostnadsreducering i ett intervall om 46 - 59 miljoner kronor. Här behöver dock tre omständigheter påpekas närmare.

Det kommer bli aktuellt att uppdatera den ekonomiska konsekvensredovisningen i själva genomförandefasen. Den ovan nämnda selekteringen och åtgärder för att säkerställa en långsiktigt god patientsäkerhet – kommer att kräva uppdaterade bedömningar. Den samlade bilden är att dessa förändringar inte kommer påverka totalsummorna i betydande omfattning.

De ekonomiska konsekvenserna tar inte hänsyn till tillkommande kostnadsreduceringar inom regionledningsförvaltningens (RLF) stödverksamheter. Det är förväntat att RLF kommer få både vissa kostnadsökningar och möjligheter att sänka sina kostnader till följd av utredningens förslag. Bedömningen är att nettoeffekten kommer bli en kostnadsreducering (som får analyseras och effektueras efter det nu aktuella politiska strukturbeslutet i regionfullmäktige).

Det finns också anledning att understryka att ekonomiska konsekvenser är en delmängd av de effekter som utredningens förslag bedöms leda till. En sådan effekt, som också utvecklas närmare i denna rapport, är de långsiktigt strukturella fördelar som förslagen kommer innebära. Förvaltningens samlade bedömning är att en strukturreform kommer leda till avsevärt bättre förutsättningar att utveckla kvalitet och effektivitet inom regionens hälso- och sjukvård.

### 3. Uppdraget

I april 2024 avrapporterades etapp 1 av utredningen om regionens framtida sjukhusstruktur. Politiska beslut fattades i juni och juli kring inriktningen för det fortsatta utredningsarbetet i etapp 2, vilket innebär att ett huvudalternativ – det så kallade alternativ 4 – skulle utredas vidare med ett fokus på genomförandeaspekter och fördjupade konsekvensbeskrivningar.

I delredovisningen konstaterades bland annat att Region Västernorrland har den lägst finansierade primärvården och samtidigt den näst högsta nettokostnaden per invånare för specialiserade somatiska vården (sjukhusvård). Skattenivån (sammanräknat i kommun och region) är näst högst i landet. Patientavgifternas nivåer ligger också jämförelsevis högt. På basis av dessa fakta bedömde utredningen att regionen är i behov av strukturella åtgärder inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Det politiska inriktningsbeslutet i regionfullmäktige och de nya direktiven (HSN 24-07-05 § 92) innebar att den fortsatta utredningen ska ta sikte på att samla och överföra delar av den specialiserade somatiska vården till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall. Denna överföring omfattar därmed vård som kräver ett större akutsjukhus avancerade resurser, vårdnivå och skala.

Det politiskt utpekade målsättningen med en förändring av regionens sjukhusstruktur är att sänka kostnaderna för regionens sjukhusvård, omräknat till kostnad per invånare. I förlängningen kan en sådan målsättning också ge förutsättningar för en överföring av resurser till primärvården samtidigt som regionens ekonomiska underskott kan minska. Den övergripande målsättningen behöver genomsyra samtliga överväganden i utredningens fortsatta arbete.

Syftet med den fortsatta utredningen är att ta fram beslutsunderlag som är tillräckligt väl underbyggt och tydligt för att politiska genomförandebeslut ska kunna fattas. I denna mening är utredningens arbete att betrakta som en fördjupning kring bedömningar och förslag från delredovisningen i etapp 1.

Inledningsvis finns det anledning att understryka ett centralt och sammanfattande ledmotiv i uppdraget: samtliga förslag och överväganden behöver ta hänsyn till förutsättningarna att kunna möta dagens och morgondagens behov av hälso- och sjukvård på ett kvalitativt och hållbart sätt. En närmare beskrivning av dessa förutsättningar redovisas nedan under avsnittet ”Behovet av en förändrad sjukhusstruktur - en nulägesbeskrivning”.

Förvaltningens ambition har varit att lämna så utförliga konsekvensbeskrivningar som möjligt kring de förslag som redovisas, när det gäller patientsäkerhet, ekonomi, arbetsmiljö, kompetensförsörjning, forskning/utbildning et cetera.

Som en läsanvisning bör följande påpekade ges: till denna slutrapport finns delrapporter som tagits fram under utredningens etapp 2. Dessa delrapporter är relativt omfattande och tar upp flera detaljfrågeställningar som belysts ur ett

verksamhets- och områdesperspektiv. Denna slutrapport med tillhörande förslag är förvaltningens slutliga förslag efter beredning och gemensamma överväganden på förvaltningsnivå. I enskilda fall har det inneburit vissa förändringar i förhållande till delrapporternas förslag, vilket kommenteras närmare nedan. För den händelse att delrapporterna och slutrapporten i något avseende lämnar motstridiga uppgifter – har slutrapportens skrivningar företräde.

Utredningsarbetet ska, enligt direktiven, leda fram till ett samlat förslag till beslutsunderlag i form av en planering inklusive tidplan för genomförande. Detta innebär dock inte att genomförandet i alla delar är fullt ut analyserat. I praktiken kommer utredningen – efter ett politiskt beslut – att övergå i en fas, där samtliga genomförandeaspekter, tidplaner, risker och konsekvenser behöver utvecklas ytterligare.



## 4. Behovet av en förändrad sjukhusstruktur – en nulägesbeskrivning

I utredningens uppdrag ligger att ta fram förslag som anpassar sjukhusstrukturen efter framtidens behov av hälso- och sjukvård. Uppdraget kan i en mening sägas vara att utläsa hur framtidens hälso- och sjukvård kommer att utveckla sig och anpassa sjukhusstrukturen därefter. Det är en komplex uppgift som måste antas med vissa reservationer och förbehåll. Framtiden är osäker och ett prognosarbete måste utgå från fördjupad kunskap om dagens sjukvård. Inte desto mindre finns ett antal omständigheter som pekar på ett tydligt behov av att ställa om regionens sjukhusstruktur.

### Befolkningsutvecklingen

Hälso- och sjukvårdens kapacitet och fördelning av förmåga behöver anpassas efter demografin och regionens befolkningsfördelning. Under etapp 1 redovisades en relativt utförlig beskrivning i detta avseende. De mest centrala slutsatserna återges nedan:

- Det totala antalet invånare i regionen var år 2023 totalt 242 148 personer. Samtliga kommuner i regionen uppvisade en negativ befolkningstillväxt under 2023.
- Mellan 1970 och 2023 minskade regionens befolkning med cirka 25 000 invånare. Minskningen i Sollefteå och Kramfors har varit 20 000 invånare under samma period, samtidigt som dessa kommuner har en högre andel äldre personer än riksgenomsnittet.
- Den långsiktiga trenden är att regionens större kuststäder vuxit i jämförelse med länets andra städer.

Enligt Socialstyrelsens Nationella planeringsstöd för 2024 kommer den förändrade befolkningssammansättningen i form av åldrande befolkning att påverka vårdkonsumtionen de kommande 20 åren. Rapporten beskriver att om vårdkonsumtionen förblir densamma per ålderskategori över tid skulle behovet av specialistvårdsbesök öka med 13 procent och vårdtiden i slutenvården med 22 procent fram till 2042.

En slutsats av ovanstående fakta är att vårdbehoven förändras inom Region Västernorrland, med en allt äldre befolkning som lever med flera kroniska sjukdomar. Den åldrande befolkningen påverkar också skatteintäkterna negativt eftersom färre ska försörja fler. Utveckling är tydlig: resurserna räcker inte till för att finansiera hälso- och sjukvården. En av flera förändringar som måste till är en förändrad vårdstruktur som underlättar ett förebyggande arbete och en övergång från sjukhusvård till mer av primärvård och nära vård.

### Kvalitet och resultat

Sverige finns cirka 110 nationella kvalitetsregister. Ungefär 60 av dessa är i dagsläget anslutna till den gemensamma plattformen Vården i siffror som drivs av Sveriges regioner och kommuner.

Vården i siffror visar aktuell statistik som stöd för utvecklings- och förbättringsarbeten i hälso- och sjukvården. Rapporten är framtagen för den strategiska hälso- och sjukvårdsledningen som en del i planerings- och uppföljningsprocessen. Rapporten speglar relevant sjukvårdsdata med jämförelser i förhållande till riket samt skogslänen.

Tre överordnade rubriker och teman är inspirerade av ett förslag om ett ramverk för uppföljning (som Vårdanalys arbetade fram för några år sedan):

- Hälso- och sjukvårdens kvalitet
- Vårdsystemets effektivitet
- Befolkningens hälsa

**Bild: Överskådlig sammanfattning av uppbyggnaden av RVN:s rapport från Vården i siffror**



Det finns författningskrav på att vårdgivaren ska ha ett ledningssystem och arbeta systematiskt med patientsäkerhet. Med hjälp av ledningssystemet ska vårdgivaren planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten.

För att mäta vårdkvaliteten använder Region Västernorrland sig av resultat från kvalitetsuppföljningar som till exempel Hälsa- och sjukvårdsbarometern, Nationell Patientenkät och Väntetider i vården. Målet med enkäter är att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter.

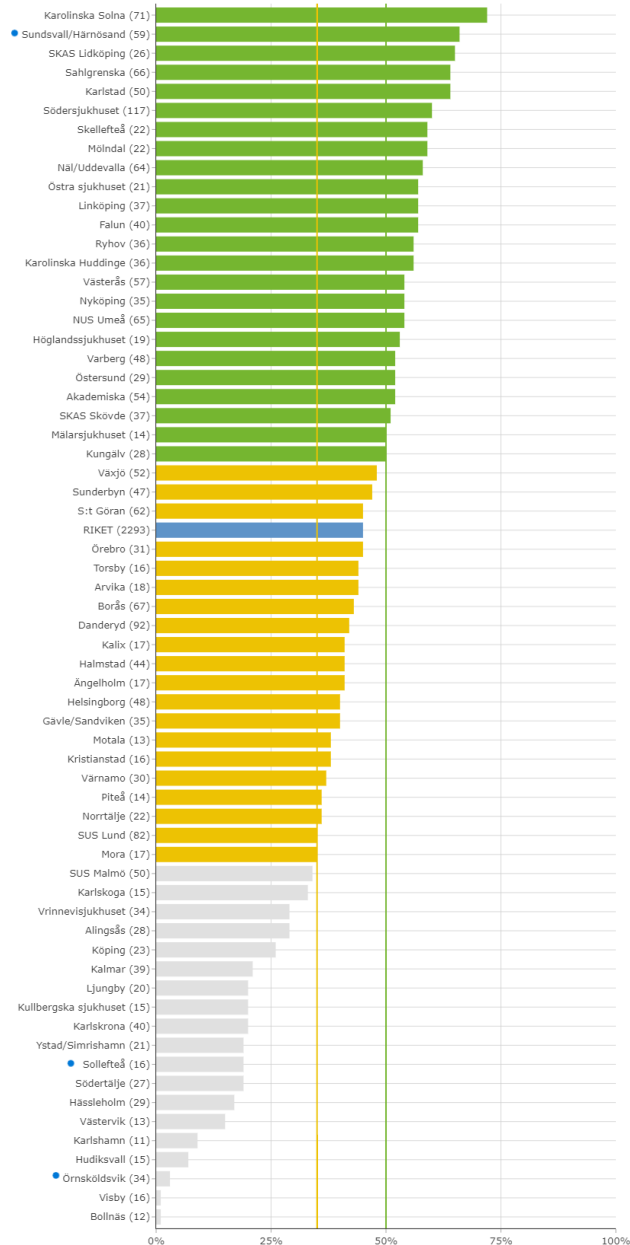
Resultaten används av verksamheterna för att förbättra och utveckla vården utifrån ett patientperspektiv. Väntetider i vården används för att följa väntetider utifrån den nationella vårdgarantin. De flesta nationella kvalitetsregister publicerar resultat från sin kvalitetsuppföljning öppet, bland annat på Vården i siffror.

Kvalitetsindikatorer delas ofta in processmått som beskriver vad som händer i vårdprocessen, till exempel om patienten får den rekommenderade vården i rätt tid. Men vissa kvalitetsindikatorer baseras även på resultatmått, som beskriver resultatet för patienten i hälsotermer - om patienten blir botad, mår bättre eller nådde den hälsovinst som var möjlig. Båda typerna av kvalitetsmått behövs, både för övergripande uppföljning och för vårdgivarens förbättring av vården.

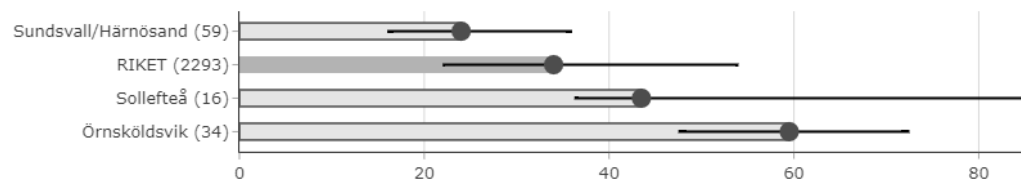
I avsnittet hälsa- och sjukvårdens kvalitet, del 1, finns flera stora sjukdomsgrupper utvalda med särskilda indikatorer som speglar regionens arbete med dessa sjukdomsgrupper i en jämförelse mot andra regioner.

Under utredningsarbetet har ett antal flöden visat sig vara av särskilt intresse och föremål för en medicinsk dialog. Med anledning av det lyfts här ett urval av resultat som kan vara av särskild vikt att ta hänsyn till i det fortsatta arbetet.

**Bild: Trombolys inom 30 minuter från ankomst till sjukhus. Data från nationella strokeregistret för 2023**



**Bild: Mediantid för dörr-till-nåltid. Data från nationella Strokeregistret för 2023**

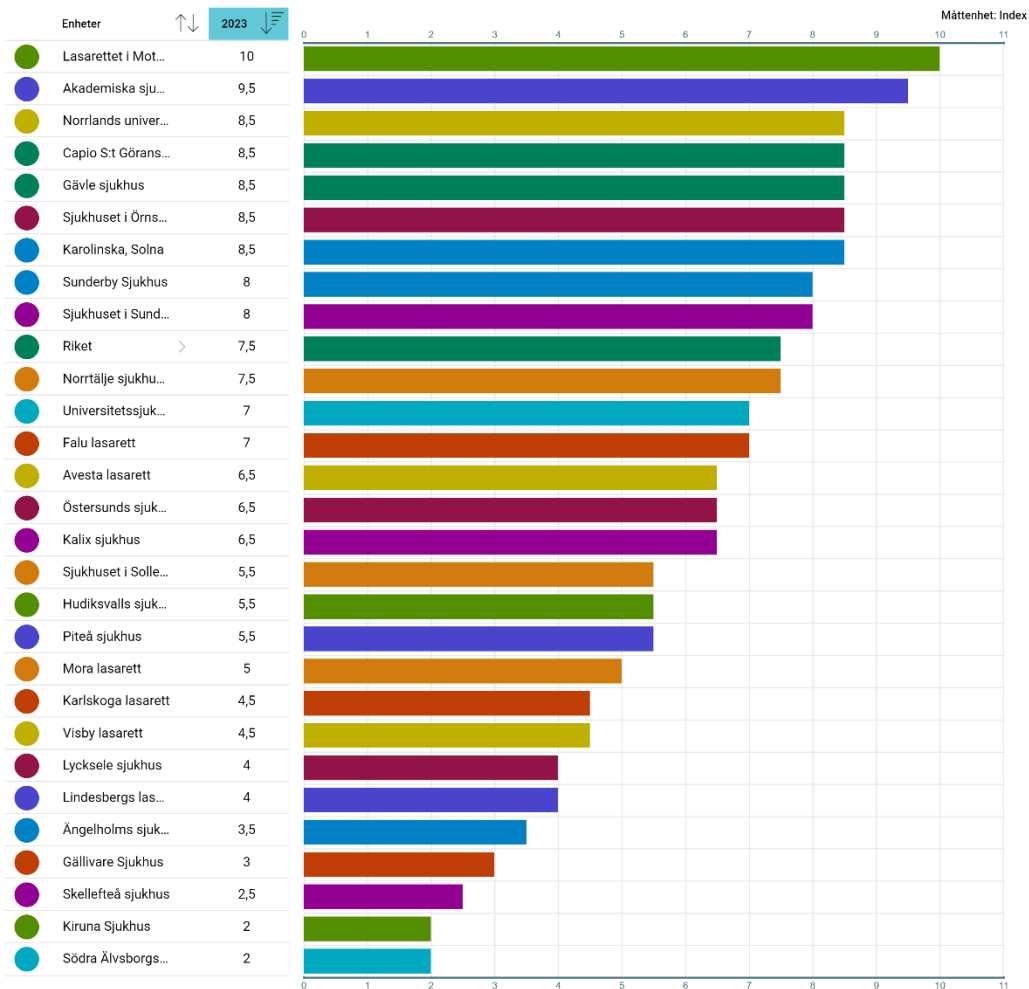


**Bild: Data från Swedeheart kvalitetsregister för nationell hjärtsjukvård.  
Nationell standard för kvalitetsmätning, kvalitetsindex**

Swedehearts kvalitetsindex för hjärtinfarktvård

Swedehearts kvalitetsindex för hjärtinfarktvård.

Önskat värde: Högt



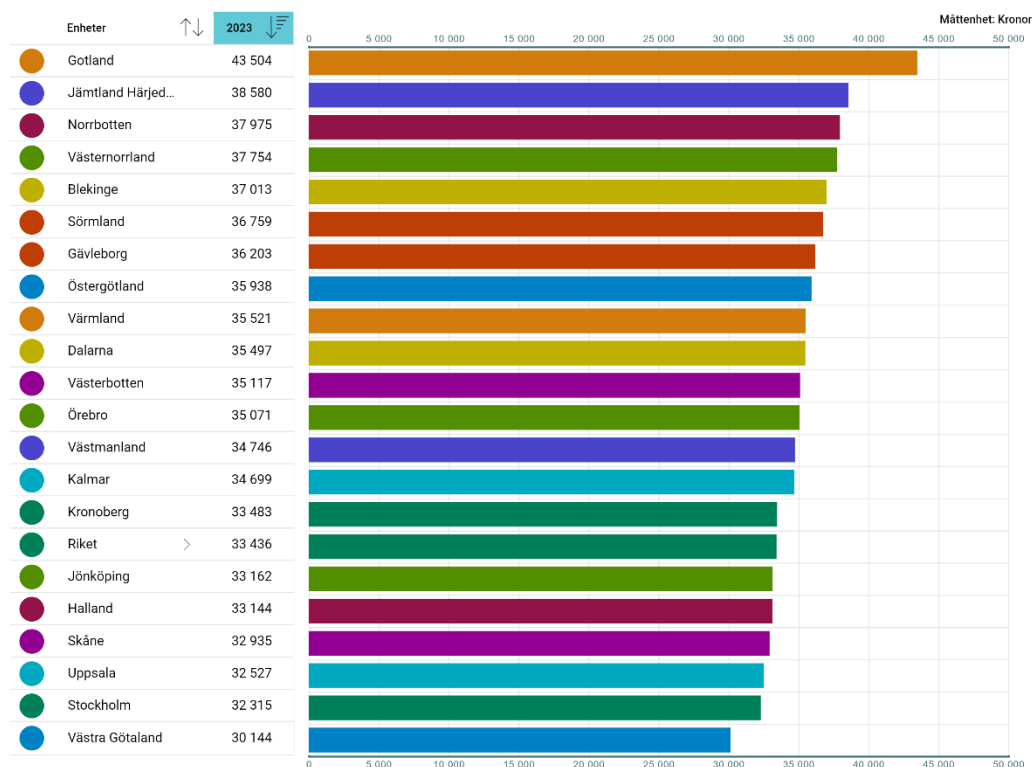
Urval  
Kön: Totalt, Ålder: Totalt, Period: År

Källa:  
SWEDEHEART

## Bild. Jämförelse av regionernas nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare

### Nettokostnad för hälso- och sjukvård

Nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare och år, exklusive tandvård.



Urval  
Kön: Totalt, Ålder: Totalt, Period: År

Källa:  
Statistiska centralbyrån och Sveriges Kommuner och Regioner

Sammantaget visar Vården i siffror att vården i Västernorrland har skillnader i kvaliteten över länet. Västernorrland har en relativt sett dyr nettokostnad per invånare. Siffrorna visar också att befolkningens bild av vården är sämre än de faktiska patienternas syn på den vård man får.

Utvecklingen inom all hälso- och sjukvård går mot så kallad vårdnivåstrukturering och koncentration av specialiserad vård. Bakgrunden är bland annat en alltmer långtgående kunskapsutveckling och därmed specialisering – som innebär att medarbetare, enheter och verksamheter utvecklar en tydlig expertis och vana av att handlägga avgränsade sjukdomstillstånd.



Ur kvalitetssynpunkt är utfallet tydligt – behandlingsresultaten gynnas starkt av denna utveckling. Det finns också nackdelar som längre reseavstånd för patienterna och behov av samordning inom och mellan regioner.

En uppmärksam och omdebatterad statlig utredning ”Träning ger färdighet”, SOU 2015:98, redovisade sina slutsatser och förslag. Forskningen som beskrivs är associationsbetingad och kräver ytterligare studier för att klarlägga styrkan i volymkopplingen till olika medicinska insatser. Möjliga mekanismer bakom beskrivs som erfarenhet, standardisering av rutiner samt resurser. Det som fortfarande saknas är tydlig vägledning i hur stor volym som krävs för att skapa förutsättningar för tillräckligt stor färdighet. I dagsläget kan materialet endast användas som en indikativ vägledning som kräver professionens fortsatta bedömning och utformning. Likväl behöver det tas med i vägledningen av vårdens utformning, vilket redan i dag sker inom den högspecialiserade vården.

### **Ekonomi**

Regionens nuvarande hälso- och sjukvårdsorganisation infördes 2021. I samband med införandet hade pandemin brutit ut med betydande kostnader som en följd. Staten kompenserade därför regionerna ekonomiskt via särskilt riktade statsbidrag.

Regionen hade, som en konsekvens av statens bidrag, bättre ekonomiska resultat under åren 2021–2022 (i likhet med övriga regioner). Men därefter blev utvecklingen sämre. Den somatiska vården vid regionens tre sjukhus hade tillsammans under 2021–2024 ekonomiskt resultat i form av underskott som varierade mellan -98 miljoner kronor och -667 miljoner kronor.

Hälso- och sjukvården behöver ges förutsättningar att inte hamna i samma ekonomiskt underskott på -694 miljoner kronor som under 2023. I en sådan situation måste nämligen kortsiktiga åtgärder vidtas och mycket av det långsiktiga utvecklingsarbetet avstannar.

Inför verksamhetsåret 2025 har regionfullmäktige beslutat att hälso- och sjukvårdsförvaltningen får ha ett tillåtet underskott på -345 miljoner kronor. För att klara det resultatet behöver åtgärder upprättas som kan ge en effekthemtagning på cirka -225 mnkr under 2025.

Det är bland annat mot denna bakgrund som förslagen i strukturutredningen ska betraktas: det vill säga som en av flera åtgärder för att skapa en långsiktighet i ekonomin som i sin tur skapa ett handlingsutrymme för utveckling och förbättringar.

### **Hyrpersonal och egen fast bemanning**

Totalt hade Region Västernorrland en kostnad om 418 mnkr för inhyrd personal inom den specialiserade somatiska vården under 2024, vilket var högst bland

Sveriges regioner. I jämförelse med resultatet 2023 är det en förbättring med 146 mnkr.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har följt upp och sammanställt minskningen av kostnader förinhyrd personal under 2024 jämfört med 2023. Resultatet är en minskning med 25 procent för Region Västernorrlands del (Region Norrbotten har, jämförelsevis, minskat kostnaderna med 31 procent). Regionens mål för måttet ”kostnad inhyrd personal/egen personalkostnad” är 15 procent för 2024, resultatet blev 13,2 procent.

Under 2024 var andelen inhyrd personal/egen personal vid sjukhuset i Örnsköldsvik 10 procent, vid sjukhuset i Sundsvall 12 procent och vid Sollefteå sjukhus 31 procent.

### **Slutsatser om framtidens hälso- och sjukvård i Region Västernorrland**

I delredovisningen under etapp 1 lades ett visst fokus på de ekonomiska realiteter som utmärker Region Västernorrland.

- Regionen har Sveriges näst högsta totala skattenivå (regional + kommunal skattenivå) och bland landets högsta patientavgifter.
- RVN har den lägst finansierade primärvården i landet och samtidigt höga nettokostnader för hälso- och sjukvård i Sverige per invånare.
- Regionen har framför allt den näst högsta nettokostnaden per invånare för den specialiserade somatiska vården (sjukhusvården) jämfört med övriga regioner i Sverige.

Huvudorsaken till detta är att hälso- och sjukvårdsverksamheten är fördelad på tre sjukhus med specialiserad vård, vilket medför att hälso- och sjukvårdens samlade resurs sprids ut och inte ges möjlighet att realisera skaleffekter och synergier som krävs för att uppnå en resurseffektiv verksamhet.

Kostnaderna för regionens sjukhusvård är anmärkningsvärt höga – det är ett faktum och en avgörande förklaring till de ekonomiska underskott som hälso- och sjukvården har. Som en jämförelse angavs i delrapporten att om regionen kunde uppnå en nationell mediannivå för sina nettokostnader för specialiserad somatisk vård skulle regionen frigöra cirka 745 mnkr.

En delförklaring är att sjukhuset i Sollefteå har en högre kostnadsnivå i jämförelse med övriga sjukhus i regionen och i landet. Detta beror i sin tur både på en låg nyttjandegrad/belägningsgrad på vissa enheter och på att bemanningen av verksamheten sker med hyrpersonal och rotation från övriga sjukhus (det förstnämnda är en konsekvens av ett minskande patientunderlag över tid). Sammantaget leder detta till att kostnaden för verksamheten blir högre per patient och vårdkontakt.

I denna slutredovisning finns det dock skäl att i större utsträckning understryka och ge vissa kvalitets- och kapacitetsargument – som hänger samman med möjligheterna att utveckla en allmänt sett bättre hälso- och sjukvård. Den ekonomiska utvecklingen är en konsekvens den effektivitet och produktivitet som regionens hälso- och sjukvård kommer kunna utveckla under överskådlig tid.

Sett ur detta perspektiv är det avgörande att fastställa ramar och tydliga uppdrag för sjukhusvården i Region Västernorrland. Det har under snart ett decennium skett ett antal förändringar av struktur och organisation. Men det har samtidigt funnits en osäkerhet om sjukhusvårdens långsiktiga struktur. Förvaltningen bedömer att denna situation har försvårat ett gemensamt utvecklingsarbete över områdes- och sjukhusgränser.

Ett exempel är inriktningen att utveckla den nära vården, vilket inte har översatts i praktisk handling fullt ut (vilket också gäller nationellt). Förklaringen är inte minst att primärvården är underfinansierad och har begränsade möjligheter att erbjuda den avlastning som konceptet med nära vård är tänkt att utveckla.

## 5. Utredningsarbetets genomförande i sin helhet

En stor del av arbetet med utredningens etapp 2 har skett genom att olika delar av verksamheten har erhållit specifika frågeställningar att analysera i form av utredningsuppdrag. Utredningsarbetet har i huvudsak bedrivits inom åtta delprojekt (samtliga av deras rapporter återfinns som bilagor till denna rapport). Ett utredningsansvar har därmed legat på verksamhetsnivå. Hälso- och sjukvårdens strategiska ledningsgrupp (HSSLG) har på hälso- och sjukvårdsdirektörens uppdrag utgjort styrgrupp för arbetet.

Förslagen i delredovisningen från etapp 1 påverkar berörda verksamheter och områden på olika sätt. Vissa verksamheter vid sjukhusen i Sundsvall och Örnsköldsvik är, något förenklat, mottagare av patienter och utökade vårduppdrag från sjukhuset i Sollefteå. För närsjukvårdsområde väster är utredningsuppdraget ett annat, nämligen att förbereda och utreda formerna för att bygga och skapa en delvis ny inriktning för den kvarvarande verksamheten vid sjukhuset i Sollefteå.

Mot den här bakgrunden har utredningsarbetet i etapp två genomförts via två delprojekt: dels ett mottagarprojekt (med flera deluppdrag), dels ett skaparprojekt. Indelningen ser ut som följer:

Skaparprojektet:

- Utformning av all kvarvarande verksamhet vid sjukhuset i Sollefteå

Mottagarprojekten:

- Akut omhändertagande: Medicin
- Akut omhändertagande: Kirurgi och Anestesi
- Akut omhändertagande: Ambulans och transport
- Operationsverksamhet: Överföringsplan
- Operationsverksamhet: Produktionsökning Sundsvall
- Slutenvård: Överföring av IVA-IMA-HIA-platser samt medicinpatienter
- Slutenvård: Överföring av slutenvårdsplatser Barn

Utöver ovanstående delprojekt har två separata utredningsprojekt initierats. Det handlar om beredskapsfrågor, och mer konkret om en analys och konsekvensbedömning ur ett beredskapsperspektiv när det gäller förändringar av sjukhuset i Sollefteå. I bilaga återfinns en promemoria som tagits fram av regionens beredskapsenhet. Underlaget innehåller ett antal rekommendationer i det fortsatta arbetet. Sammanfattningsvis är slutsatsen att anpassningen till kraven på hälso- och sjukvårdens beredskap i kris och krig behöver ske i takt med att nationella krav formuleras tydligare.

Det andra projektet berör förutsättningar för införande av Norrtäljemodellen eller annan samverkansmodell mellan regionen och närliggande kommuner (Sollefteå och Kramfors). Denna del av uppdraget utförs till att börja med i en planerad dialogform mellan företrädare för respektive huvudman. Det handlar om ett mer långsiktigt projekt, vars utfall får avvaktas (och detta ingår inte som ett underlag till föreliggande utredning).

Förslagen från de delprojekt som rör utformningen av vårduppdrag och överföringen av patientvolymen färdigställdes i november. Ansvariga verksamheter hade därefter i uppdrag att riskbedöma/analysera sina förslag. Utfallet har därefter sammanställts och en systemövergripande riskbedömning har utförts. Både delprojektens egna bedömningar och den systemövergripande bedömningen återfinns som bilagor till utredningen.

I utredningens sista steg har förslagen utvärderats jämfört med de risker och kompenseringar som tagits fram. På basis av dessa underlag har ett beslutsunderlag tagits fram, vilket utgör förvaltningens samlade förslag. Denna process har inneburit ett antal förändringar i förhållande till vissa av delprojektens förslag. Dessa förändringar redovisas framför allt under avsnitt 7 ”Förvaltningens samlade bedömning”.

Den fortsatta framställningen fortsätter med en redovisning av deluppdragens förslag. I det därpå följande avsnittet redovisas det samlade förslaget – med de ovan nämnda bedömningarna på förvaltningsnivå. Efter denna del lämnas en delvis sammanfattning av de konsekvenser som förvaltningen tagit fram, dels en övergripande plan för genomförandet av förslagen. Utredningsrapporten avslutas med förslag till beslut.

## 6. Deluppdragets förslag och bedömningar

Nedan ges en sammanfattande beskrivning av delprojektens rapporter och förslag. Redovisningen är en komprimerad sammanställning som utgår från förslagets konsekvenser i termer av förändringar per sjukhus. För mer detaljerade beskrivningar hänvisas till delprojektens rapporter som är bilagor till denna slutrapport. I stora drag överensstämmer delprojektets förslag till vårdstruktur med den redovisning som lämnades i etapp 1 – men det finns också skillnader (som kommenteras närmare nedan).

### 6.1 Förslag till vårdutbud och vårdnivå på sjukhuset i Sollefteå

I skaparprojektets förslag ingår (i enlighet med direktiven) att medicinavdelningen reducerar antalet vårdplatser från 24 vårdplatser till 12 vårdplatser för internmedicinska patienter jämte fem OBS-platser inom hela verksamhetsområdet.

En förändring, jämfört med nuvarande ordning, är förslaget om att sträva efter att allmänläkarkompetens ska finnas tillgänglig dygnet runt på akutmottagningen (inklusive jour på natten). Skaparprojektet ser här fördelar i att tillsammans med primärvården hitta former för samrekrytering.

Förslaget till verksamhetsinnehåll för vårdavdelningen och akutmottagningen har utarbetats av skaparprojektet i samarbete med mottagarprojektet för akut medicin. De båda projekten har genomfört en omfattande och ambitiös bearbetning av statistik för att få fram en lämplig selektering av patientvolymen som kan överföras till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall.

Förslaget till selektering kommenteras närmare under avsnittet ”Förvaltningens förslag” men det kan konstateras att de båda projekten har behövt hantera en komplex fråga om tolkning av de bakomliggande direktiven. Rapporten från etapp 1 beskriver en tänkt vårdavdelning med *specialisering mot geriatrisk vård* för att ta hand om *områdets multisjuka äldre*.

Noga taget förutsätter en specialiserad geriatrisk inriktning en koppling till annan somatisk vård. Om sådan koppling saknas – vilket är fallet i alternativ 4 – återstår i princip en form av vårdavdelning med ett rehabiliteringsuppdrag. Uttryckt annorlunda skulle en sådan inriktning leda till att de 12 vårdplatserna inte skulle kunna beläggas fullt ut.

Mot denna bakgrund blev inriktningen för delprojektets förslag att selektera ett bredare urval av multisjuka äldre patienter som inte behöver eller riskerar att behöva intensivvårdens insatser och/eller tillgång till narkosläkare. Den bakomliggande tanken var att hitta en fördelning av det framtida vårduppdraget som bland annat speglar den kapacitet som ska finnas inom närsjukvårdsområdet.

Skaparprojektets förslag innebär vidare att det akuta medicinska flödet ska vara oförändrat i den meningen att patienter ska kunna få en första bedömning och vid

behov inleda vissa behandlande insatser vid exempelvis sepsis, stroke och hjärtinfarkter. I förslaget finns övergripande handläggningsrutiner beskrivna och i vilka fall vidare transport till en högre vårdnivå är aktuell. De föreslagna förändringarna aktualiserar informations- och patientstyrningsfrågor som behöver hanteras visavi invånarna i sjukhusets upptagningsområde.

I förslaget och planeringen finns också förutsättningar beskrivna när det gäller att upprätthålla närsvårdsområdets specialismottagningar inom neurologi, kardiologi, nefrologi, medicinsk gastroenterologi och reumatologi (samt dialys och dagverksamhet).

Skaparprojektets förslag har därefter riskbedömts med konsekvensen att det i förvaltningens förslag utvecklas ett antal förändringar i förhållande till delprojektets förslag.

Inom område somatik innebär utredningens förslag flera förändringar som i allt väsentligt utgår från de ramar som angetts efter etapp 1 i utredningen.

Sammanfattningsvis redovisas följande förslag med konsekvensbeskrivningar:

- Intensivvårdsverksamheten inklusive IMA/HIA överförs till sjukhuset i Örnsköldsvik.
- Barn- och ungdomsmedicins kapacitet – med två slutenvårdsplats – överförs till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall. Barnläkare i beredskap avvecklas.
- Operationsverksamheten överförs stegvis med ett fokus på den ortopediska slutenvårdskirurgin. De närmare förutsättningarna för denna förändring framgår av delrapporterna för operationsverksamhetens överföringsplan och ortopedins förutsättningar.
- Som en konsekvens av förändringarna inom operationsverksamheten avvecklas vårdavdelning 15 (ortopedi). Länsverksamhet ortopedi har ambitionen att bibehålla sin mottagningsverksamhet i Sollefteå.
- Anpassningar när det gäller traumaomhändertagande och omhändertagande av akut sjuka patienter inom ÖNH/kirurgi/urologi genomförs.
- Verksamheterna för röntgen och laboriemedicin ska bibehålla sin dygnet-runt-kapacitet.

## **6.2 Övergripande beskrivning av förändringar vid sjukhuset i Örnsköldsvik**

De ovan nämnda förslagen till förändringar vid sjukhuset i Sollefteå medför ett antal anpassningskrav på verksamheter vid sjukhuset i Örnsköldsvik. Inom intermedicin-området kommer en patientvolym att behöva transporteras till närsvårdsområde norr.



Utredningens två direkt berörda delprojekt har, som nämnts ovan, utarbetat en fördelning som utgår från patienter som har – eller riskerar att behöva – intensivvård. Förändringen motsvarar enligt delprojektens beräkningar en utökad kapacitet om knappt sju vårdplatser. Som en konsekvens av förvaltningens samlade förslag – bland annat efter genomförd riskbedömning – redovisas slutsatser och konsekvenser i denna del i nästkommande avsnitt ”Förvaltningens förslag”. I detta avsnitt redovisas även bedömningar när det gäller akutmottagningen i Örnköldsvik och behovet av ett större antal ambulanstransporter.

Sjukhuset i Örnköldsvik kommer att tillföras en volym av ortopediska operationer. Ortopedin utför knappt 1000 operationer per år i Sollefteå – majoriteten av operationerna är ledplastiker (höft, knä, axel). Av denna elektiva verksamhet föreslås 40 procent överföras till sjukhuset i Örnköldsvik (och 60 procent till sjukhuset i Sundsvall).

Inom område somatik påverkas också intensivvården vid sjukhuset i Örnköldsvik. Patienter som idag vårdas på IVA i Sollefteå kommer efter ett strukturbeslut att inrymmas på IVA i Örnköldsvik. Enstaka patienter med behov av länssjukhusets samlade kompetens, kommer överföras till Sundsvall. De patienter som vårdas på IMA i Sollefteå kommer vårdas inom närsjukvårdsområdet i Örnköldsvik (med dess högre kapacitet att vårda mer allvarligt sjuka patienter).

### **6.3 Övergripande beskrivning av förändringar vid sjukhuset i Sundsvall**

Som nämnts ovan föreslås att en andel av de ortopediska operationerna överförs till sjukhuset i Sundsvall. Den föreslagna överföringen motsvarar 60 procent av de operationer som ortopedin idag utför vid sjukhuset i Sollefteå. Mindre volymer av annan kirurgi kommer också att föras till sjukhuset i Sundsvall.

Intensivvården i Sundsvall påverkas inte direkt i någon nämnvärd omfattning eftersom IVA-patienter i huvudsak överförs till sjukhuset i Örnköldsvik enligt delprojektets förslag. Riskbedömningar pekar på vissa hanterliga risker kopplat till den lägre samlade IVA-kapacitet inom regionen som blir följderna av utredningens förslag. Bedömda risker har inte föranlett några förändringar i det slutliga förslaget.

Operationsverksamheten får ett ökat beting när de operationer som idag utförs i Sollefteå i stället ska utföras i Sundsvall. Den tänkta fördelningen motsvarar cirka 1060 operationer per år, varav cirka hälften kräver slutenvård (majoriteten av ingrepp rör protes-ingrepp). Uttryckt annorlunda innebär det en ökning av antalet operationer på centraloperation med cirka 20 procent. Slutenvårdsoperationernas andel av operationsvolymen är 60 procent, vilket leder till ett beräknat behov av



utökad kapacitet om 22 procent inom operationsverksamheten. I praktiken får länsverksamhet an/op/iva här ett krav på ökad produktion.

Inom det internmedicinska området är påverkan i delprojektens förslag i huvudsak begränsad till strokepatienter som i delprojektens förslag medför ökade volymer av i första hand stroke-patienter. Den ovan nämnda frågan om selekteringen av patientvolymer kommer dock påverka det slutliga utfallet i denna del. Den exakta utformningen av det fortsatta selekteringsarbetet får avvaktas – och utföras efter ett politiskt genomförandebeslut. Det kan tilläggas att hela strokeområdet är under snabb utveckling, varför så kallad trombektomi förmodas spela en allt viktigare roll. Över tid kommer det därför sannolikt bli viktigare att transportera misstänkt stroke till sjukhuset i Sundsvall direkt.

## 7. Förvaltningens samlade bedömning

Utredningen under etapp 1 – och dess inriktningsförslag – kan sammanfattas inom ramen för följande målbild: Det strategiska alternativ som utretts bygger på att de delar av den specialiserade sjukhusvården som kräver avancerade resurser och skala – koncentreras till sjukhusen i Sundsvall och Örnsköldsvik. Härigenom kan så kallade skalfördelar uppnås.

De större sjukhusen bedöms – till att börja med – ha avsevärt bättre förutsättningar att klara en kompetensförsörjning med egen personal. Det leder i sin tur till t bättre *strukturella och långsiktiga* förutsättningar att utveckla kvalitet, patientsäkerhet och effektivitet. Denna utveckling kan uppnås genom att reducera verksamhetsinnehåll, vårdnivå och omfattning på vårduppdraget vid sjukhuset i Sollefteå.

Under etapp 2 av utredningen har frågan om verksamhetsinnehåll vid sjukhuset i Sollefteå stått i förgrund. Det är inte en okomplicerad fråga eftersom flera olika parametrar behöver bedömas – men överordnat i en samlad bedömning är alltid patientsäkerhetsaspekter på kort och lång sikt. Det hindrar inte att även andra grundläggande perspektiv som ekonomi, kvalitet och genomförbarhet i övrigt tillmäts en stor betydelse.

Förvaltningens helhetsbedömning och konsolidering av ett samlat förslag redovisas nedan. Ett visst fokus läggs på de förslag som avviker från delprojektens förslag. Förvaltningen ser en fördel i att öppet redovisa de överväganden och beslut som skett längs vägen under hela utredningens genomförande.

En helhetsbedömning måste till att börja med konstatera att skaparprojektet och mottagarprojekten genomfört ett ambitiöst och gediget arbete med omfattande utredningsinsatser. Även om det samlade förslaget innehåller justeringar, kvarstår ett flertal förslag som oförändrade (efter genomförda riskbedömningar).

När det gäller avvikelserna från delprojektens förslag berör dessa primärt skaparprojektets förslag vilket bedöms ge vissa fortsatta utredningsbehov under en genomförandefas för andra indirekt berörda verksamheter (i första hand ambulansverksamheten, närsvårdsområdena i norr och söder, samt röntgen- och laborieverksamheten).

En bakgrundsbeskrivning till förvaltningens förslag behöver ta sin utgångspunkt i skaparprojektets riskbedömning. Underlaget finns som bilaga till denna utredningsrapport. Sammanfattningsvis pekades 14 så kallade C-risker ut i bedömningen, dvs. hög risk för vårdskada eller annan negativ påverkan. Majoriteten av riskerna kunde kopplas till avsaknaden av narkosläkare i den nya sjukhusstrukturen för sjukhuset i Sollefteå del. Det kan konstateras att med den typen av omfattande risker kan inte skaparprojektets förslag genomföras. Det krävs helt enkelt en avsevärt lägre risknivå för att kunna fatta ett genomförandebeslut.

Regionens enhet för Kvalitet och patientsäkerhet har, som planerat, haft i uppdrag att genomföra en övergripande riskbedömning av alla förslag som lämnats inom de olika delprojekten. Arbetet har bland annat bedrivits genom en serie dialogmöten med medicinskt ledningsansvariga läkare. Ett särskilt fokus har lagts på riskerna i skaparprojektets förslag.

Den övergripande riskbedömningen återfinns som bilaga till utredningen. Kort kan utfallet sammanfattas med att de ovan nämnda dialogmötena kunde föra ner alla C-risker till så kallade B-risker – vilket innebär en ”ökad risk för vårdskada eller annan negativ påverkan”. Den förändrade bedömningen baseras på att flera risker hade överskattats när det gäller bedömd frekvens.

Det ska dock också sägas att den övergripande riskbedömningens kategorisering till B-risker förutsätter att flera kompenserande åtgärder och kapacitet finns på plats innan en förändring genomförs (exempelvis en tillräckligt hög beredskap inom ambulansverksamheten och rutiner och fortbildning).

Här är det på sin plats med en mer uttömmande förklaring till metodiken bakom riskanalyser inom hälso- och sjukvården. En hög risk inom hälso- och sjukvården är i detta sammanhang en funktion av hur sannolikt (frekvens) det är att en risk inträffar kombinerat med hur allvarliga konsekvenserna blir (om de inträffar).

Det innebär att en hög allvarlighetsgrad och låg frekvens kan vara en acceptabel risk. Denna typ av risker brukar benämnas sällanhändelser – och förekommer inom all hälso- och sjukvård. Ett strukturerat patientsäkerhetsarbete ägnar i regel mycket tid åt att förhindra uppkomsten av sådana sällanhändelser genom utbildning och utveckling av rutiner.

Den övergripande riskbedömningen kommer också till slutsatsen att nedgraderingen till B-risker förutsätter en uppdaterad selektering av patienter. Denna slutsats lutar sig dock inte uteslutande mot frånvaron av narkosläkare på akutmottagningen och vårdavdelning.

Det är nämligen också en risk att ge ett brett uppdrag till en relativt liten vårdavdelning och mindre akutmottagning. Med ett brett sjukdomspanorama kommer sällanhändelser uppstå ofta med inom ramen för många olika diagnoser, sjukdomstillstånd och skadehändelser.

För att kunna hantera den typen av patientsäkerhetsrisker krävs volym och kompetens – med andra ord: utbildning och återkommande vana att hantera uppkomna situationer. Enskilda medarbetare kan inneha en tillräcklig kompetens – men praktiken är det *teamet* med medarbetare som behöver kunna upprätthålla en bred kompetens.

Den samlade bedömningen är att en mer acceptabel risknivå behöver åstadkommas genom en mer noggrann medicinsk selektering. Till de åtgärder som också behöver övervägas för att kunna minska patientsäkerhetsriskerna hör så

kallad övertriagering – dvs. att urvalet av patientvolymen har en väl tilltagen marginal för att undvika uppkomsten av sällanhändelser.

Förvaltningen har här ställts inför ett val. Antingen fattas ett beslut om ny sjukhusstruktur med vissa inneboende risker som får hanteras i efterhand. Eller så fattas ett beslut kring resurser och kapacitet varefter den uppdaterade selekteringen, mer i detalj, lämnas till en genomförandefas.

Förvaltningen har valt det sistnämnda alternativet som förslag. Bedömningen baseras på att en sådan lösning minskar risken för patientsäkerhetsrisker och behov av nya och förändrade politiska strukturbeslut. En långsiktigt hållbar sjukhusstruktur kan läggas fast med goda förutsättningar att åstadkomma de skalfördelar som de politiskt beslutade utredningsdirektiven anger.

Förvaltningen bedömer att den fortsatta medicinska selekteringen omfattar de akuta och prioriterade patientflöden som pekats ut i delprojekten och den samlade riskbedömningen. Det handlar bland annat om strokevård, hjärtsjukvård, sepsis samt barn. Bedömningen är vidare att det volymmässigt innefattar begränsade patientflöden som kan behöva struktureras annorlunda. Men vägvalet innebär att vissa kapacitetsfrågor med tillhörande ekonomiska konsekvenser, inte kan säkerställas fullt ut. Medicinsk selektering och förändrade förutsättningar kommer även att påverka befintliga arbetsflöden – varför även dessa måste ses över i kommande steg (med ambitionsnivån att höja kvalitet och resultat till en nationell genomsnittsnivå).

Slutligen behöver en i sammanhanget tillkommande faktor också bedömas mer noggrant – det gäller förutsättningarna att kompetensförsörja kvarvarande verksamheter vid sjukhuset i Sollefteå. Som beskrivits ovan – i avsnittet ”Nulägesbeskrivning” – bemannas närsjukvårdsområdet i ganska betydande omfattning med hyppersonal. Det är sig en risk i detta sammanhang som behöver hanteras. Ett särskilt uppdrag med denna innebörd föreslås som en åtgärd i nästa steg (se konsekvensavsnitt och förslag till beslut).

## 7.1 Överväganden om patientstyrningsfrågor

Den förändring som påverkar sjukhuset i Sollefteå i störst utsträckning – är avvecklingen av narkosläkarjour och IVA/IMA. För sjukhuset i Sollefteås del blir förmågan ” i det samlade vårduppdraget avsevärt mer begränsad.

Sjukhuset i Sollefteå har allt sedan förlossningsvården och den akutkirurgiska verksamheten avvecklades saknat viss kompetens, som ofta anses tillhöra ett fullvärdigt akutsjukhus. Samtidigt har det funnits kvar en kapacitet att vårda akuta sjuka patienter jämte en förmåga att bedriva opererande verksamhet.

Slutsatsen är att strukturutredningens förslag – och föreliggande förslag till inriktningsbeslut – innebär att sjukhuset inte längre kommer ha kapacitet som ett fullvärdigt akutsjukhus.

Den här förändringen är inte uteslutande en fråga om interna definitionsmässiga beskrivningar av regionens olika sjukhus. Det handlar i själva verket om en mycket viktig fråga om styrningen av patienter till rätt vårdnivå.

Det är en omställning som inkluderar interna processer i samarbete med 1177 för att hänvisa ”rätt”. Det handlar också om extern kommunikation till invånare och patienter som ger en korrekt bild av sjukhusets kapacitet och kompetens, framför allt vid akuta tillstånd.

Då det från tidigare förändringar i utbud finns erfarenhet av att en sådan process tar tid och inte uteslutande leder till att patienter söker till rätt vårdnivå behöver en genomförandefas anpassas efter en sådan omställning.

I en genomförandefas behöver därför också akutmottagningens benämning övervägas närmare. Som en del i genomförandet föreslås ett uppdrag att överväga och ta ställning till om det behövs en benämning som bättre speglar den kapacitet som kommer finnas inom det akuta omhändertagandet. Flera nationella exempel finns på hur sådana benämningar kan användas för att understödja denna typ av förändring och vägledning till patienter och medarbetare.

Målet med ett utvecklingsarbete kring patientstyrning är att bibehålla en god patientsäkerhet. Det är framför allt två omständigheter som behöver beaktas: Akut sjuka patienter kommer att ha längre transportväg till omhändertagande i de mest akuta situationerna. De läkarspecialiteter som planeras att finnas på plats saknar rätt kompetens för att möta upp de mest akuta behoven som att säkerställa andnings- och cirkulationsstöd till patienter inför transport till annat sjukhus.

För att säkerställa att patienterna omhändertas på rätt vårdnivå är det viktigt med god ambulanskapacitet och en effektiv patientstyrning som bygger på att patienterna i så stor utsträckning som möjligt ringer 1177 eller 112. Det kanske inte är avståndet i sig som är den största risken utan det faktum att verksamheten inte kan erbjuda en beredskapsnivå som bidrar till stabilt överflyttande till annat sjukhus. Det kommer bland annat att krävas en fortsatt hög kompetens och förmåga i ambulanserna. Åtgärder för de patientsäkerhetsrisker som framkommit måste vara genomarbetade innan ett genomförande kan ske.

## **7.2 Långsiktig utvecklingsplan för sjukhuset i Sollefteå**

I utredningens direktiv har det ingått att göra en analys av behov av åtgärder för att öka integrationen mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal vård. Frågan beskrivs också, mer specifikt, som ett samutnyttjande av lokaler, personal och utrustning.

På ett mer grundläggande plan handlar uppdraget om att beskriva och föreslå en mer långsiktig utveckling av den kvarvarande verksamheten vid sjukhuset i Sollefteå. Visserligen pågår en löpande utveckling med integration av

verksamheter som finns i region respektive kommun. I viss mån handlar uppdraget därför om att beskriva det som redan görs. Men här avses en ökad integration, vilket får tolkas som en väsentlig högre ambitionsnivå med ett högre tempo i omställning och utveckling.

En näraliggande frågeställning – som direktiven inte innehåller explicit – är frågan om vilken allmän och långsiktig utveckling som bör vara målsättningen för när sjukvårdsområde väster. Det gäller, som förvaltningen bedömer det, att utarbeta en attraktiv framtidsbild för den utveckling som ska ske, både i termer av vårdkapacitet och rekryteringsmöjligheter men också kring den roll som verksamheten ska ha i det samlade hälso- och sjukvårdssystemet, när det gäller vården av äldre och multisjuka patienter.

Bedömningen är att de frågeställningar som rör den långsiktiga utvecklingen i Sollefteå kräver betydligt mer tid till både analys och förankring. I själva verket är det frågor som behöver diskuteras grundligt på enhets- och verksamhetsnivå och vidare på områdesnivå och slutligen tillsammans med berörda kommuner. Till denna bedömning hör även det faktum att när sjukvårdsområdet har ett särskilt uppdrag att genomföra en satsning på primärvården.

Särskilda medel har tilldelats och det finns en planering för uppdraget som behöver samordnas med den långsiktiga målsättningen enligt projektets direktiv. Vid ett politiskt genomförandebeslut behöver ett särskilt delprojekt inrättas för att analysera, förankra och genomföra åtgärder i denna del. Kompetensutvecklingsfrågor kommenteras också närmare i avsnitt 8.7.

## 8. Sammanfattning av konsekvenser

### 8.1 Ekonomi och bemanning

Utredningen har via sina direktiv ett tydligt fokus mot strukturella förändringar av Region Västernorrlands hälso- och sjukvårdssystem. De systemövergripande konsekvenserna och strukturella fördelarna av utredningens förslag är på kort sikt begränsade men bedöms kunna bli betydande på längre sikt.

Bedömningen lutar sig mot den förväntade demografiska utvecklingen inom länet, behovet av högre effektivitet och produktivitet i hälso- och sjukvården, men också mot de skalfördelar som de två större sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall har.

De direkta ekonomiska konsekvenserna redovisas, så långt det är möjligt, nedan. Den nettokostnadsreducering som delprojektens förslag bedöms leda till för hälso- och sjukvårdsförvaltningen (46 miljoner kronor) är lägre än de summor som redovisades under etapp 1 (cirka 52 miljoner kronor). Det hänger bland annat samman med försiktigare antaganden kring vilken fördelning mellan anställd och inhyrd personal som verksamheterna kan uppnå i samband med en strukturförändring.

**Tabell 8: Förändringar av kostnader och årsarbetare till följd av strukturutredningens etapp 2**

Förändringar enligt förslag	Sollefteå	Sundsvall	Örnsköldsvik	Summa
Årsarbetare, antal <sup>1)</sup>	-146	48	55	-43
Kostnader, mnkr <sup>2)</sup>	187	-74	-67	46

<sup>1)</sup> - betyder minskning av antal årsarbetare

<sup>2)</sup> - betyder ökade kostnader

I förslaget till förändring innebär det att Sollefteå sjukhus minskar med 146 årsarbetare, Sundsvalls sjukhus ökar med 48 årsarbetare och Örnsköldsviks sjukhus ökar med 55 årsarbetare. Totalt innebär föreslagen förändring en minskning med 43 årsarbetare. De ekonomiska kalkylerna bygger på en relativt stor andel hyrpersonal, vilket i nästa steg behöver förändras i en kommande plan för fast bemanning.

Som en kompletterande och indikativ jämförelse har hälso- och sjukvårdsförvaltningen cirka 390 årsarbetare vid sjukhuset i Sollefteå. Den ovan nämnda förändringen i antal årsarbetare skulle motsvara en minskning av antalet årsarbetare med 37 procent. En generell aspekt att beakta är att förändringarna i antal årsarbetare medför att mängden hyrpersonal minskar.



Kostnaderna bedöms minska med 187 mnkr vid sjukhuset i Sollefteå, i Örnsköldsvik ökar kostnaderna med 67 mnkr och i Sundsvall med 74 mnkr. De ekonomiska effekterna av strukturförändringarna på längre sikt är inte möjliga att beräkna med någon större exakthet. Det innebär dock inte att den typen av effekter inte kommer att kunna realiseras. Tvärtom är bedömningen att det kommer bli allt viktigare, och flera fall avgörande, att upprätthålla en ändamålsenlig uppdragsfördelning mellan sjukhusen och få fram synergier.

Till de ekonomiska effekterna hör också den påverkan som kan antas ske inom regionledningsförvaltningen med sin relativt omfattande närvaro vid sjukhuset i Sollefteå. Det handlar bland annat om städ- och transportverksamhet, sterilteknik, MT, IT och annan stödverksamhet. Totalt sett bör utfallet ge en kostnadsreducering – även om sjukresorna och därmed förknippade kostnader behöver analyseras närmare. Dessa frågeställningar har inte ingått i utredningens uppdrag att analysera närmare. Påverkan på regionledningsförvaltningen får därmed hanteras efter ett politiskt beslut.

De förändringar som föreslås kan – för sjukhuset i Sollefteås del – uppfattas som omvälvande och genomgripande. Inte minst ur ett medarbetarperspektiv kommer åtgärderna att ställa höga krav på genomförandeförmåga och anpassningar av rutiner, processer och arbetssätt (särskilt inom det akuta omhändertagandet). Ur ett patientperspektiv leder åtgärderna till längre resväg och avstånd för vissa patientkategorier (som behöver få vård i Örnsköldsvik och Sundsvall). Förändringen leder dock också till kortare resor för många av de patienter som idag får elektiva operationer vid sjukhuset i Sollefteå.

Men det är här samtidigt möjligt att ge en annan och motsatt bild av utredningens förslag och de effekter som åtgärderna ge upphov till. De delar av vårduppdragen som koncentreras till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall, är sådana som leder till en högre patientsäkerhet för alla invånare i Region Västernorrland och/eller bättre möjligheter att klara den långsiktiga kompetensförsörjningen (bland annat mot bakgrund av den procentuellt större andelen inhyrning av personal vid sjukhuset i Sollefteå).

Det beräknade resultatet för de föreslagna förändringar är, som nämnts ovan, 46 mnkr vilket bygger på en sammansättning av både egen och inhyrd personal. Det finns en potential på ytterligare 13 mnkr om vi når en bemanning med egen personal, då kan den totala kostnadsreduceringen uppnå 59 mnkr.



**Tabell 9: Förändringar av kostnader övergripande till följd av strukturutredningens etapp 2**

Resultatrapport, mnkr	Budget 2024	Förändring enligt förslag			Förändrad budget utifrån förslag
	Sollefteå sjukhus	Sollefteå sjukhus	Sundsvall sjukhus	Örnsköldsvik sjukhus	Hälso- och sjukvård
Riktade statsbidrag	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Övriga intäkter	67,8	-8,7	2,5	1,9	-4,3
<b>INTÄKTER</b>	<b>68,3</b>	<b>-8,7</b>	<b>2,5</b>	<b>1,9</b>	<b>-4,3</b>
Personalkostnader	-363,6	113,5	-26,6	-26,6	60,3
Inhyrd vårdpersonal	-70,0	32,2	-23,1	-17,6	-8,6
<b>Egen och inhyrd personal</b>	<b>-433,5</b>	<b>145,7</b>	<b>-49,7</b>	<b>-44,2</b>	<b>51,8</b>
Övriga verksamhetskostnader	-399,1	49,5	-26,5	-24,7	-1,6
Finansiella poster	-1,0	0,2	-0,1	-0,1	0,0
<b>TOTALA KOSTNADER</b>	<b>-833,6</b>	<b>195,4</b>	<b>-76,3</b>	<b>-69,0</b>	<b>50,1</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>-765,3</b>	<b>186,8</b>	<b>-73,9</b>	<b>-67,1</b>	<b>45,8</b>

Under arbetet med etapp 2 har den ekonomiska analys som gjordes i etapp 1 förfinats och detaljerats. Bedömningen i etapp 1 var en möjlig kostnadsreducering med cirka 52 mnkr. Etapp 2 visar nu en möjlig kostnadsreducering på 46 mnkr och ytterligare 13 mnkr om bemanning med egen personal lyckas. Även om etapp 1 och etapp 2 visar på en positiv ekonomisk effekt som är snarlik, så är analysen i etapp 2 mer detaljerad och initierad än den som var möjlig att genomföra under etapp 1. Detta beror i huvudsak på att regionens controllerenhet involverats och räknat på förändringen rad för rad i verksamheternas resultaträkning med utgångspunkt i att de föreslagna strukturförändringarna genomförs. Controllerenheten inom regionens hälso- och sjukvårdsverksamhet har tillsammans med respektive uppdragsansvarig och tillhörande verksamhet detaljerat analysen för att möjliggöra en jämförelse ur ett helhetsperspektiv.

Effekten av förändringarna har jämförts med budget 2024. I utredningsuppdragen har man också valt att jämföra med prognos för 2024. Det bör noteras att den ovan nämnda detaljselekteringen i genomförandefas kan komma att medföra vissa justeringar när det gäller de ekonomiska konsekvenserna. I en genomförandefas kan beräkningar från några av delprojekten behöva justeras (det rör skaparprojektet, ambulansverksamheten, akut medicin och röntgen). Flera konsekvensbeskrivningar kommer dock inte att behöva genomgå ytterligare uppdateringar (som kirurgi/anestesi, överföring av intensivvård och operationsverksamhet samt barn- och ungdomsmedicin).

Att analysen är baserad på en jämförelse av resultaträkningseffekt möjliggör för beslutsfattare att dels förstå förändringar inom olika kostnadsposter samtidigt som de erhåller en förståelse för effekten av ekonomisk besparing för regionen som helhet i på det ekonomiska resultatet.

Tabellen nedan sammanfattar den ekonomiska konsekvensanalysen. Tabellen återger den ekonomiska effekten för respektive uppdrag/verksamhetsområde.

Tabellen skiljer sig i sin struktur mot tabellerna i etapp 1 på grund av den ökade detaljeringsgraden i etapp 2.

Tabellen innehåller två scenarion – det första är baserat på en blandning av egen personal och hyrpersonal, och det andra scenariot är en målbild baserad på enbart egen personal. Scenario 2 är utmanande att nå och bör ses som en ambition eller målbild.

**Tabell 10: Sammanställning av ekonomiska konsekvenser**

Sammanställning av ekonomiska konsekvenser, mnkr <sup>1)</sup>	Scenario 1 (mix av egen och inhyrd personal)	Scenario 2 (enbart egen personal)
	Jämfört med budget 2024	Jämfört med budget 2024
Uppdrag		
Skaparprojektet	41	41
Akutomhändertagande medicin	-34	-28
Flytt av 2 vpl BUM	7	7
IVA	27	27
Operation	3	9
Flytt av kirurgisk verksamhet	1	2
Flytt av ortopedisk verksamhet	7	8
Ambulans och transportverksamhet	-6	-6
<b>SUMMA</b>	<b>46</b>	<b>59</b>

<sup>1)</sup> Belopp med - innebär ökade kostnader

Den ekonomiska konsekvensanalysen indikerar att den ekonomiska besparingen från genomförandet av de föreslagna förändringarna uppgår till 46 – 59 miljoner kronor baserat på en analys där estimerad effekt jämförs med budget för 2024.

Det ska understrykas att den beräknade besparingen i huvudsak är baserad på förändringar i personalkostnader, och att effekten primärt uppstår till följd av att regionens bemanning kan användas mer effektivt till följd av förändringar i regionens vårdstruktur. De strukturella förändringar som föreslås har även andra positiva effekter vilka inte har kvantifierats och översatts i ekonomisk besparing. Exempel på sådana effekter är resultatet av en mer koncentrerad och robust verksamhet vilket medför ett mer samlat läkarkollektiv, positiva effekter på kompetensutveckling, kompetensförsörjning, förmåga att hålla vårdplatser öppna, m.m. Dessa effekter har inte kvantifierats i den ekonomiska konsekvensanalysen.

I analysen kvarstår samtliga lokalkostnader i Sollefteå sjukhus. I realiteten kommer kostnaden för exempelvis städning att minska i Sollefteå för att i stället öka på mottagande sjukhus.

## 8.2 Patientsäkerhet

Den samlade processen för att analysera och värdera patientsäkerhetsrisker har utgått från följande process: Varje deluppdrag har under november genomfört en riskanalys som redovisats i inlämnade underlag. Centrala slutsatser och åtgärder återfinns i denna konsoliderade rapport. Uppdragets riskanalyser utgör också viktiga underlag i det fortsatta arbetet med den genomförandeplan som kommer aktiveras efter ett politiskt beslut.

Hälso- och sjukvårdens verksamhet för Kvalitet och patientsäkerhet (KP) har, i ett andra steg, genomfört en samlad riskbedömning genom att analysera delrapporter och riskanalyser. Syftet har varit att analysera mer systematiska risker i processer mellan verksamheter och sjukhus, som inte fångats upp av de uppdragsbaserade riskanalyserna. KP:s redovisning återfinns i sin helhet som bilaga till denna rapport. Det som sammanfattningsvis bör understrykas med anledning av den samlade riskbedömningen är, som nämnts ovan, att avvecklingen av IVA och narkosläkarjour medför risker som måste hanteras på ett sådant sätt att vårduppdraget vid sjukhuset i Sollefteå svarar mot den kapacitet och kompetens som kommer kunna upprätthållas långsiktigt.

Ett tredje steg i den samlade processen för att hantera patientsäkerhetsrisker, är den typ av verksamhetsbaserade riskanalyser som kommer bli aktuella i en genomförandefas. Framtagandet av styrdokument, rutiner och andra överenskommelser mellan verksamheter, områden och sjukhus kan mycket väl behöva genomgå riskbedömningar i någon form. Över huvud taget kräver genomförandet ett utvecklat och närvarande risktänkande i samband med införandet av strukturförändringarna. Det åligger ansvariga verksamheter att bevaka och följa upp risker i det fortsatta arbetet efter ett politiskt genomförandebeslut.

## 8.3 Tillgänglighet

En samlad bedömning av påverkan på tillgängligheten behöver ta sin utgångspunkt i den "ett till ett"-princip som väglett den föreslagna strukturförändringen. Det vill säga: kapacitet som avvecklas på en sjukhusort ska upprättas i sin helhet på annat sjukhus. Utgångspunkten är därmed att tillgängligheten – definierat som väntetider till elektiv vård och akutmottagning samt tillgång till vårdplatser – inte ska försämrans.

Bedömningen är, mot denna bakgrund, att tillgängligheten inte kommer försämrans till följd av strukturutredningens förslag. Den framtagna genomförandeplanen preciserar när - och under vilka omständigheter och med vilka kriterier - som överflyttningar kan genomföras. Tillvägagångssättet syftar till att förhindra sämre utfall bland när det gäller tillgängligheten.

När det gäller operationsverksamheten, så kommer ett särskilt genomförandeprojekt att tilldelas verksamheten. Delprojektet inom operationsverksamheten har visat att det krävs ytterligare åtgärder för att utveckla

effektivitet och produktivitet – bland annat för att tillgängligheten till operationer ska kunna förbättras.

## 8.4 Kvalitet

Begreppet kvalitet inom hälso- och sjukvården kan ges olika innebörd och ses ur åtminstone tre perspektiv. För invånare och patienter kan kvalitet vara fråga om en bred uppsättning av faktorer som rör närheten till vård, bemötande och tillgänglighet.

För vårdens medarbetare är dessa faktorer också viktiga – men i förgrund för deras professionella kvalitetsbedömning står framför allt ett medicinskt perspektiv. Detta medicinska perspektiv hämtar sina bedömningar från kvalitetsregister, klinisk forskning och erfarenhet.

Kvalitetsbegreppet omfattar därmed både patientupplevelser och ett – i praktiken – ganska brett medicinskt perspektiv (som innehåller olika mått kring behandlingsresultat/utfall och kvalitet i omvårdnad). Men för att ytterligare komplicera kvalitetsbegreppet kan ett organisatoriskt och resursmässigt perspektiv också anläggas.

Kvalitet blir ur detta tredje perspektiv en fråga om att kunna ge en så resurseffektiv vård som möjligt. Därigenom kan utbytet av insatta resurser leda till så mycket utförda vårdinsatser som möjligt – vilket främjar kvaliteten i vården. En högre produktion inom operationsverksamhet ger ett större antal genomförda operationer. I fallet med ortopediska operationer kan en sådan utvecklingen leda till kortare väntetider vilket ur en smärtpåverkad patients perspektiv är kvalitet.

Sett ur dessa tre perspektiv ger de föreslagna strukturförändringarna delvis olika påverkan.

Strukturutredningens förslag och beräkningar innebär att drygt 1000 fler akuta transporter per år kommer ske till andra sjukhus än Sollefteå. Ur ett patientperspektiv är detta en form av kvalitetsförsämring - samtidigt kommer en betydande volym av resor som går till sjukhuset i Sollefteå för elektiv kirurgi att minska, när operationsverksamheten avvecklas och överförs till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall.

Det nu aktuella förslaget bidrar också till att flera delar av de vanligaste vårdbehoven fortfarande kan tillgodose för invånare som bor i närheten av sjukhuset i Sollefteå. Den vård som överförs till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall är i huvudsak mer av sällanhändelser ur ett medicinskt perspektiv (bland annat internmedicinska sjukdomstillstånd som kräver narkosläkar- och IVA-kompetens).

Ur ett medicinskt kvalitetsperspektiv bedöms strukturutredningen leda till klart bättre förutsättningar att bibehålla och i vissa fall öka hälso- och sjukvårdens

kvalitet. Det gäller i synnerhet ur ett långsiktigt perspektiv. Det långtgående specialisering som idag karaktäriserar högkvalitativ vård förutsätter stora patientvolymmer - något som ges bättre förutsättningar i och med utredningens förslag.

Även ur det tredje kvalitetsperspektivet bedöms strukturutredningen bidra till bättre förutsättningar. Någon omedelbar och tydlig effekt är visserligen inte att vänta – därtill är de ekonomiska nettoeffekterna alltför begränsade (dvs från "nuläge" till ett "nyläge"). På längre sikt är bedömningen att rekryteringsmöjligheterna förbättras när delar av vårduppgifterna förläggs till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall. Det innebär – allt annat lika – bättre möjligheter att konvertera hyrbemanning till fast anställd personal.

## 8.5 Transport- och resebehov

De utökade transportbehoven – och därmed förknippade kostnader - finns utförligt beskrivna i det mottagarprojekt som berör ambulanssjukvården. Med utgångspunkt i delprojektens förslag görs följande bedömning: I dag transporteras 892 av de patienter som årligen hämtas i området Kramfors/Sollefteå till sjukhusen i Örnsköldsvik, Sundsvall eller Umeå, antingen direkt (697 patienter) eller från Sollefteå sjukhus (195 patienter).

Detta motsvarar 2,44 patienter per dygn. Av redovisade underlag framgår att 1 257 av de patienter som har inkommit till Sollefteå sjukhus kommer att vara i behov av transport till andra sjukhus. Ökningen till följd av utredningens förslag är således 1 062 transporter per år. Detta motsvarar en ökning med 2,90 patienter/dygn till följd av utredningens förslag. En överföring av patientvolym och transporter till andra sjukhus kommer att leda till ett utökat behov av sjukresor, som kommer beräknas i en genomförandefas (se nedan i avsnitt 8.10 Påverkan på serviceverksamheter inom regionledningsförvaltningen).

Totalt årligt transportbehov från områdena Sollefteå/Kramfors till andra sjukhus beräknas bli 1 954 patienter (697+1 257). Detta motsvarar ett totalt transportbehov om 5,34 patienter/dygn.

## 8.6 Arbetsmiljö

En strukturförändring, enligt det nu aktuella förslaget, kommer att behöva hanteras ur ett arbetsmiljöperspektiv. Påverkan på arbetsmiljön hör till de väsentliga överväganden som mottagar- och skaparprojekten har behövt göra vid framtagandet av sina förslag. En sådan påverkan har vissa beröringspunkter till beskrivna patientsäkerhetsrisker. Men det finns också arbetsmiljöpåverkan som, så att säga, inte medför direkta risker för patienterna.

Utredningen ser, på övergripande nivå, två typer av arbetsmiljörisker. Dels kommer genomförandet av strukturförändringarna att ställa relativt höga krav på flera verksamheter när det gäller förberedelser och anpassning. Dels kommer delar

av hälso- och sjukvården att ställas inför vissa effektiviseringskrav. Dit hör, för att ta två sådana exempel, den förmodade högre beläggningsgraden inom ambulansverksamheten och operationsverksamhetens ökade beting på två sjukhusorter.

Genomföränderisker behöver hanteras genom en klok och rimlig planering (se mer under avsnittet Genomförandeplan). När det gäller ”effektiviseringsrisken” kommer särskilda riskanalyser att genomföras efter ett politiskt genomförandebeslut. Syftet med dessa analyser är att fånga upp och beskriva förekommande risker, jämte kompenserande åtgärder (som säkrar en fullgod arbetsmiljö).

## 8.7 Kompetensförsörjning

Bedömningen här utgår från att de två större sjukhusen har långsiktigt bättre förutsättningar att rekrytera medarbetare – det innebär att andelen hyrpersonal kommer kunna minska. Det vore ingen obetydlig effekt eftersom en högre andel fast anställd personal ger helt andra möjligheter att utveckla och förbättra rutiner, processer och kompetens på enhets- och verksamhetsnivå. Denna effekt kommer kunna växa fram kontinuerligt.

Den mest centrala kompetensförsörjningsfrågan avser den kvarvarande verksamheten vid sjukhuset i Sollefteå. Till nuvarande verksamheter sker redan idag begränsat med rekrytering, i stället utbildas medarbetare in i verksamheterna – det gäller inte minst på läkarsidan. Det finns anledning att understryka att denna typ av frågeställningar blir en central del i de uppdrag som följer under en genomförandefas.

För att bemöta dessa utmaningar krävs en ansats som involverar både omedelbara operativa åtgärder och långsiktiga strategiska satsningar. Detta inkluderar att fortsätta dialogen med utbildningsinstitutioner, förbättra arbetsvillkoren och utveckla nya rekryteringsstrategier. Till de mer angelägna utvecklingsområdena hör:

- Möjligheten till läkarkompetensförsörjning. En central utmaning förblir att bibehålla och utveckla AT/BT och ST-utbildningar för läkare inom internmedicin.
- Allmänläkare behöver kompetensutvecklas och rekryteras i stor skala.
- Detsamma gäller utbildningen för sjuksköterskor.

Det är avgörande att göra området – och den verksamhet som kommer bedrivas där – attraktiv för både nyexaminerade och erfarna medarbetare. Detta kräver – inom ramen för en långsiktig utvecklingsplan – lösningar såsom satsning på handledning, utvecklandet av digitala och flexibla arbetssätt och ett närmare samarbete med regionens övriga sjukhus.

För att överkomma de svårigheter som redan idag är ett problem, krävs ett starkt samarbete mellan olika sjukvårdsområden inom regionen. Det handlar bland annat om att utveckla gemensamma utbildningsprogram för att kunna erbjuda en bredare och mer omfattande läkarutbildning.

## 8.8 Forskning/Utveckling

Den akademiska basen i Region Västernorrland är i dagsläget generellt för låg. Konsekvenserna av det blir tydligast i och med kopplingen till den regionaliserade läkarutbildningen. En tillräckligt omfattande akademisk miljö med disputerade läkare utgör grunden i läkarförsörjningen. Generellt ses förslaget till strukturförändring ge begränsade negativa effekter vad gäller forskning och utveckling.

De flesta projekt har inte närmare kommenterat sådana konsekvenser. Ortopedin ser dock fördelar. En större bemanning vid ett sjukhus underlättar planeringen av forskning. Detta kan leda till att fler medarbetare får möjlighet att starta forskningsprojekt. Forskaren kan komma närmare och samverka på plats med den akademiska miljö som finns på ortopedkliniken i Sundsvall med docent, disputerade forskare, lektor och den regionaliserade läkarutbildningen. På så sätt kan koncentreringen av den specialiserade vården stärka möjligheterna till forskning och därmed en viktig nyckel i kompetensförsörjningsarbetet.

## 8.9 Påverkan på serviceverksamheter inom regionledningsförvaltningen

Utredningen har inte haft i uppdrag att vare sig analysera eller föreslå åtgärder som berör andra förvaltningar än hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Bedömningen är att hälso- och sjukvårdsförvaltningen först behöver få genomföra sin utredning, varefter ett eventuellt politiskt beslut kan fattas.

Inriktningen och utformningen av det politiska beslutet är det som kommer vara styrande för regionledningsförvaltningens (RLF) anpassningsåtgärder. Det kan dock redan nu konstateras att den samlade stöd- och serviceverksamheten – som organisatoriskt hör till regionledningsförvaltningen – påverkas av ett beslut. Påverkan på RLF kommer sannolikt inte att vara måttlig, utan snarare betydande – det gäller i vart fall om ett kommande politiskt beslut håller sig inom de ramar som angivits i utredningens direktiv för etapp 2.

Inom regionledningsförvaltningen finns flera verksamheter där det går att förutse möjligheter att sänka kostnader. Dit hör Område fastighet och service med kök- och restaurangverksamheten, sterilteknisk verksamhet, städ-verksamheten transportverksamheten samt fastighetsverksamheten. Inom Område IT MT och digitalisering kan exempelvis MT-verksamheten påverkas. Även andra serviceverksamheter som HR, ekonomi och kommunikation kan behöva anpassa sitt stöd. Inom regionledningsförvaltningen finns också sjukresor, där det sannolikt kommer uppstå kostnadsökningar



Erfarenheter från andra liknande strukturbeslut, i andra regioner, pekar i en riktning mot att det sannolikt finns möjligheter att realisera betydande kostnadsreduceringar. Men precis som i fallet med hälso- och sjukvårdens strukturförändringar handlar flera av anpassningarna om att flytta resurser och överföra bemanning från en del av organisationen till en annan – och därigenom uppnå synergieffekter.

De utgångspunkter för en genomförandeplan som utredningen tagit fram (se nedan) ger vid handen att det kommer att finnas en viss förberedelsetid för regionledningsförvaltningens anpassning till ett kommande genomförande av ett beslut. Det handlar i praktiken om en stegvis avveckling av delar av den service som ges (det motsatta gäller för sjukresekapaciteten). Inriktningen bör vara att påbörja analys och förberedelser i anslutning till ett eventuellt politiskt beslut.



## 9. Utgångspunkter för en genomförandeplan

Utredningen har haft i uppdrag att utforma ett förslag på övergripande genomförandeplan. Planeringen har utformats utifrån ett antagande om att ett politiskt beslut om strukturutredningen erhålls i mars 2025. Komponenterna i planen har utformats som stöd för ett eventuellt fortsatt arbete med genomförande av förslagen i strukturutredningen.

När ett genomförande av utredningens förslag inleds (efter beslut) behöver en mer detaljerad projektplan utformas. Nedan redovisas de grundläggande delar som en sådan projektplan behöver innehålla.

I syfte att skapa enhetlighet, översikt och styrbarhet av genomförandearbetet har en struktur med sex faser för genomförandet utformas. Till dessa faser har beslutspunkter, milstolpar och aktiviteter utformas. Varje flyttpaket/förändringspaket ska gå igenom dessa faser, beslutspunkter, milstolpar och aktiviteter. De fem faserna är:

- Fas 0: Beslut om genomförande
- Fas 1: Mobilisering
- Fas 2: Planering av förändring/överföring
- Fas 3: Förberedelser inför överföring/förändring
- Fas 4: Genomförande
- Fas 5: Utvärdering av genomförandet

Baserat på de delutredningar samt det konsoliderade arbetet som utförts under etapp 2 har ett antal ”flyttpaket” eller ”förändringspaket” identifierats. Dessa paket utgör de analysobjekt som utgör basen i beskrivningen av den verksamhet som föreslås överföras/förändras. De identifierade flyttpaketet/förändringspaketet är:

1. BUM: Nedstängning av två slutenvårdsplatser inom BUM i Sollefteå
2. BUM: Överföring av resurs för läkare i beredskap från Sollefteå
3. Kirurgi (Operation): Kirurgens operationsvolym i Sollefteå (Kir/Uro/ÖNH)
4. Ortopedens operationsvolym i Sollefteå
5. Övriga operationer som idag utförs i Sollefteå (Tand, Pediontri, Barn, Orofacialmedicin, m.m.)
6. AnOpIVA utökar op-resurs i Sundsvall
7. AnOpIVA utökar op-resurs i Örnsköldsvik
8. Övergång från 24 vårdplatser till 12 på Medicinavdelningen i Sollefteå
9. Etablering av Observationsplatser i Sollefteå
10. Medicin/Kardiologi i Örnsköldsvik utökar vårdplatskapacitet
11. Medicin/Kardiologi i Sundsvall utökar vårdplatskapacitet
12. IVA-platser och resurs för IMA/HIA-platser överförs från Sollefteå till Örnsköldsvik och Sundsvall
13. IMA/HIA-platser i Sollefteå ersätts med utökning av MAVA-platser i Örnsköldsvik

#### 14. Ambulansen utökar kapacitet för att hantera ökat behov av transporter

##### **Go/NoGo-kriterier**

Genomförandeplanen innehåller en beslutspunkt vid vilken beslut tas om att påbörja det faktiska genomförandet. En del i detta beslut är att gå igenom ett antal så kallade Go/NoGo-kriterier. Dessa kriterier är framtagna för att beslutsfattare ska beakta ett par på förhand definierade frågeställningar och validera att respektive kriterium är uppfyllt innan ett genomförande kan påbörjas. Ur detta perspektiv så är dessa kriterier att betrakta som en checklista.

Nedan föreslagna kriterier bör under planeringsfasen ses över i respektive verksamhet och anpassas till de specifika förutsättningar som respektive förändring har att beakta:

1. Vårdplatsläge och produktionsnivå medger överföring/förändring
2. Personalsituationen medger överföring/förändring
3. Externa faktorer medger överföring/förändring
4. Katastrofplan, larmkedjor säkerställda, manuella rutiner är uppdaterade och godkända
5. Supportfunktioner och service etablerad för ordinarie drift såväl som för etableringsperioden
6. Godkännandekriterier uppfyllda
7. Driftsättningsplaner på plats och godkända: Verksamheten är klar för överföringen/förändringen och att bedriva sitt uppdrag i nyläget



operationssjuksköterskor, och därmed kan bemanningssituationen medföra att överföringen av operationsverksamheten kan ta längre tid än vad som föreslås i genomförandeplanen. Ambitionen bör dock vara att genomföra överföringen av operationsverksamheten inom cirka tre år efter ett politiskt beslut om strukturutredningen.

- Målsättningen för överföringar som avser IVA, IMA, HIA samt Medicin/Kardiologi är genomförande under andra halvåret 2026 (närmare detaljer kommer att behöva tas fram under en genomförandefas). Det ska noteras att dessa överföringar förutsätter att den uppdaterade selekteringen av patienter och genomförd och godkänd. Planen är att överföringen sker i två närliggande steg, där det första steget innefattar att öka kapaciteten på mottagande sjukhus innan steg 2 inleds där patientvolymen överförs till mottagande sjukhus.
- Under genomförandeperioden behöver regionens ambulansverksamhet löpande verka för en ökad kapacitet i syfte att möjliggöra det ökade antal transporter som förväntas uppstå till följd av förändringar som föreslås i strukturutredningen. Även i denna del behöver fakta, analys och förslag utvecklas under en genomförandefas och i samband med slutförandet av selekteringen av patientvolymen som ska transporteras till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall.

Det är framför allt fyra faktorer som möjliggör ett genomförande:

- Att den uppdaterade selekteringen av patientvolymen som ska vårdas alternativt transporteras till regionens övriga två sjukhus kan slutföras (inklusive ny riskbedömning).
- Att mottagande sjukhus (för medicinpatienter) ges förutsättningar och förmåga att skala upp sin kapacitet att hantera större patientvolymen.
- Att regionen förmår att öka bemanningen inom operationsverksamheten i Sundsvall och Örnsköldsvik. Detta gäller framför allt antalet operationssjuksköterskor i Sundsvall.
- Att regionens ambulans- och transportverksamhet förmår öka sin kapacitet i den takt som genomförandet behöver.

Ovan fyra möjliggörare bör utgöra prioriterade områden för regionen under kommande år.

### **Övergripande beskrivning av beroenden och samband**

De huvudsakliga beroenden och samband som behöver beaktas i genomförandet av de föreslagna förändringarna beskrivs nedan. Inför respektive förändring ingår i planerings- och förberedelsefaserna att i detalj analysera de beroenden som behöver beaktas inför genomförandet.

- BUM är i behov av att regionens ambulansverksamhet kan utföra det ökade antal transporter som uppstår till följd av att slutenvårdsplatserna i Sollefteå stängs.
- Innan operationsvolymerna kan överföras till Sundsvall behöver ett arbete genomföras i Sundsvall för att (1) öka framför allt antalet operationssjuksköterskor, och (2) flytta ut operationer från C-op för att frigöra salskapacitet, och (3) se över hur den totala produktionen i Sundsvall kan ökas.
- Innan svårt sjuka patienter som idag omhändertas på IVA/IMA/HIA och på medicinavdelningen i Sollefteå kan överföras till Örnsköldsvik och Sundsvall behöver resurs inom IVA, MAVA och Medicin överföras eller tillskapas på mottagande sjukhus.
- Ambulansen behöver ha utökat sin kapacitet innan slutenvården på Sollefteå går från 24 till 12 vårdplatser och innan IVA/IMA/HIA i Sollefteå överförs till Örnsköldsvik och Sundsvall.

## 10. Förslag till beslut

Nedan sammanfattas dels struktur- och utbudsbeslut som föranleds av utredningens förslag, dels uppdrag under en genomförandefas.

### Sammanfattning av enskilda struktur- och utbudsbeslut:

- De sammanslagna avdelningarna 16 och 17 inom närsjukvårdsområde väster med totalt 30 fastställda vårdplatser avvecklas.
- En ny vårduppdelning upprättas med 12 fastställda vårdplatser inom närsjukvårdsområde väster.
- Avdelning 15 (ortopedi) inom område somatik med 27 fastställda vårdplatser (15 disponibla vårdplatser) avvecklas.
- Ortopedavdelningen inom område somatik ökar med 2 fastställda vårdplatser.
- Avdelning 14 (ortopedi) ökar med 6 antal fastställda vårdplatser inom område somatik.
- Länsverksamhet AN/OP/IVA:s verksamhet vid sjukhuset i Sollefteå avvecklas inklusive två tekniska IVA-platser och tre tekniska IMA-platser.
- Operationsverksamhet som kräver anestesi-resurs och som utförs vid sjukhuset i Sollefteå överförs till sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundvall.
- Länsverksamhet barn- och ungdomsmedicin (område somatik) avvecklar två fastställda vårdplatser vid sjukhuset i Sollefteå, jämte läkare i beredskap
- Stroke/rehabiliteringsavdelningen ökar med 7 fastställda vårdplatser inom närsjukvårdsområde norr.
- Närsjukvårdsområde söder upprättar 3 fastställda vårdplatser på avdelning 26B (strokeavdelningen).
- Förändringar i kostnader och tjänster enligt förslag inarbetas – med utgångspunkt i 2024 års budget – av hälso- och sjukvårdsnämnden i budget för 2026 - 2028.

Under förutsättning att ett strukturbeslut fattas i regionfullmäktige, föreslås att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar om följande uppdrag till hälso- och sjukvårdsdirektören:

### Särskilda uppdrag i genomförandefas:

1. Uppdrag att ta fram en mer detaljerad selektering – på medicinsk grund – när det gäller det akuta medicinska patientflödet samt hantering av identifierade patientsäkerhetsrisker. I uppdraget ingår att bedöma och vid behov anpassa ambulansverksamhetens kapacitet och utbyggnad. I uppdraget ingår att analysera och bedöma ett eventuellt behov av utökad kapacitet inom akut medicin på sjukhusen i Örnsköldsvik och Sundsvall i förhållande till utfallet av en mer detaljerad selektering. I uppdraget ingår att bedöma eventuella konsekvenser och anpassningsbehov inom länsverksamhet röntgen.

2. Uppdrag att utveckla operationsverksamhetens effektivitet och produktivitet. I uppdraget ingår att utveckla den samlade operationsproduktionen i förhållande till den planering för överföring av operationer, som beslutas.
3. Uppdrag att ta fram förslag till långsiktig utveckling av närsjukvårdsområde väster och kvarvarande verksamheter vid sjukhuset i Sollefteå – med fokus på samarbete mellan primärvård, kommunal samverkan och nära vård för den äldre, multisjuka och sköra patienten.
4. Uppdrag att utveckla förutsättningarna för läkar- och sjuksköterskeutbildning och därigenom bidra till en långsiktigt god kompetensförsörjning av verksamheter inom närsjukvårdsområde väster.
5. Uppdrag att utveckla förslag gällande patientstyrningsfrågor och kommunikation med koppling till det akuta omhändertagandet vid sjukhuset i Sollefteå. I uppdraget ingår att ta ställning till om det finns skäl att ta fram en ny benämning på akutmottagningen vid sjukhuset i Sollefteå.

## 11. Bilagor

### **Skaparprojektet**

Utredningsrapport skaparprojektet

### **Mottagarprojekten**

Utredningsrapport mottagarprojekt akutmedicin  
Utredningsrapport mottagarprojekt kirurgi och anestesi  
Utredningsrapport mottagarprojekt ambulanssjukvård  
Utredningsrapport mottagarprojekt överföringsplan operationer  
Utredningsrapport mottagarprojekt ortopedi  
Utredningsrapport mottagarprojekt IVA IMA HIA  
Utredningsrapport mottagarprojekt barn och ungdomsmedicin  
PM: Länsverksamhet röntgen

### **Riskanalyser**

Riskbedömning skaparprojektet  
Riskbedömning Sundsvall IVA  
Riskbedömning akut medicin  
Riskbedömning anestesi och kirurgi  
Riskbedömning ambulans och transport  
Riskbedömning Örnsköldsvik operation  
Riskbedömning Örnsköldsvik ortopedi  
Riskbedömning Sundsvall ortopedi  
Riskbedömning Sundsvall stroke  
Riskbedömning Sundsvall operation  
Riskbedömning Örnsköldsvik IVA  
Riskbedömning barn och ungdomsmedicin  
Riskbedömning barn och ungdomsmedicin, tabell

### **Övergripande riskbedömning**

PM: Övergripande analys riskbedömningar

### **Analys av beredskapsfrågor**

PM: Beredskapsfrågor