

Kostnadsreducerande åtgärder inom specialistvården

Förvaltningschefens förslag till handlingsplan

2 september 2020

Innehåll

1 Inledning.....	2
2 Övergripande strategi för att nå en ekonomi i balans.....	5
3 Förslag till kostnadsreduceringar 2020.....	9
3.1 Länsverksamhet GNR.....	9
3.2 Länsverksamhet onkologi.....	10
3.3 Länsverksamhet kirurgi, urologi, öron-näsa-hals.....	12
3.4 Länsverksamhet medicin.....	12
3.5. Länsverksamhet barn- och ungdomsmedicin.....	13
3.6 Länsverksamhet kardiologi.....	13
3.7 Länsverksamhet psykiatri.....	14
3.8 Länsverksamhet ortopedi.....	14
3.9 Verksamhetsgemensamma åtgärder.....	15
4 Sammanställning av verksamhetsanpassningar inklusive ekonomiska effekter.....	16

1 Inledning

Hälso- och sjukvårdsnämnden har fattat beslut om att specialistvården ska återkomma med förslag till kostnadsreduceringar motsvarande 150 miljoner kronor för 2020 (19HSN1504). I ett tilläggsuppdrag (HSN 2020-05-20 § 53) har nämnden begärt att specialistvårdens förslag till kostnadsreduceringar intensifieras och att måldatum sätts för varje delmoment i en särskild handlingsplan. Handlingsplanen ska enligt nämndens beslut redovisas skriftligen senast i september 2020.

Specialistvården i Region Västernorrland har ett mycket svårt ekonomiskt läge. Det prognosticerade underskottet – som i skrivande stund är förenat med en betydande osäkerhet – uppgår för innevarande år till 363 miljoner kronor. I regionplanen uttalas specifikt att en återställning av underskotten behöver ske fram till 2023. Det innebär i sin tur ”att styrelsen och nämnderna, med utgångspunkt i de förutsättningar som gäller, måste genomföra handlingsplaner och förändringar i den omfattning och i den takt som beslutats”.

Specialistvården kan därmed lämna kvar ett underskott på maximalt 247 miljoner kronor för 2020. För nästkommande år får underskottet uppgå till 100 miljoner kronor och året därpå (2022) ska verksamheten presentera en ekonomi i balans. Det totala återställningskravet för åren 2020 - 2022 uppgår till 474 miljoner kronor.

Tabell 1: Sammanställning av obalanser och återställningskrav per år

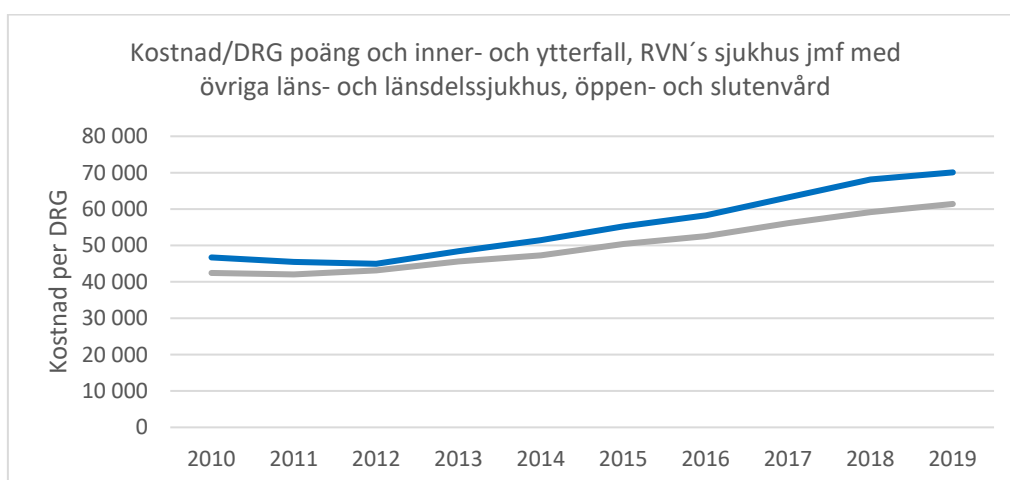
Budgeterad obalans/resultat, mnkr	2020	2021	2022
Obalans enligt budget	-397	-434	-474
Summa åtgärder	150	334	474
Kvarvarande obalans/budgeterat resultat	-247	-100	0

Nämndens beslut bygger på att de hittills framtagna åtgärderna och den ekonomiska effekten av dessa åtgärder har visat sig vara otillräckliga. Det krävs ytterligare åtgärder för att säkerställa att de totala kostnaderna minskar. I det följande redovisas förvaltningens förslag till åtgärder och handlingsplan. Förslag som är aktuella för politiska beslut under 2020 ska betraktas som en form av bruttolista, där det krävs ytterligare analys- och beredningsarbete i samtliga fall, innan förslag till specifika åtgärdsbeslut kan läggas fram inför hälso- och sjukvårdsnämnden.

Det finns inledningsvis skäl att ge en närmare beskrivning av specialistvårdens ekonomiska utveckling och historik kring tidigare initiativ som syftat till att sänka kostnader.

Region Västernorrlands grundläggande problem är framförallt att specialistvården har haft en relativt hög kostnadsutveckling över tid. Den egna produktionens kostnadsnivå ligger klart högre jämfört med övriga andra läns- och länsdelssjukhus i riket.

Tabell 2: Kostnad/DRG sjukhus RVN jämfört med riket



År 2019 var den somatiska vårdens produktionskostnad (kostnad/DRG-poäng) 14 procent högre jämfört med övriga läns- och länsdelssjukhus i riket. Varje procentenhet motsvarar en merkostnad för specialistvården på uppskattningsvis drygt 40 miljoner kronor.

Tabell 3: Kostnadsutveckling inom specialistvården

År	2016	2017	2018	2019
Kostnader, mnkr	5 285	5493	5754	6127
Årvis procentuell förändring		3,9	4,8	6,5

Specialistvårdens underskott beror främst på den sjukhusbundna hälso- och sjukvårdens ohållbara kostnadsökningar över tid. Det finns flera olika faktorer som förklarar det växande underskotten mer i detalj. Men i en generell mening brukar hälso- och sjukvårdssystemets själva struktur – med en underdimensionerad primärvård och en relativt sett omfattande och kostsam sjukhusvård – framhållas som den enskilt viktigaste anledningen till växande underskott och problem med en vikande produktivitet.

Till den sammantagna bilden hör också att det inte finns skäl att hoppas på ökande skatteintäkter i en omfattning som kompenserar för ökande vårdbehov under den kommande tioårsperioden. Utvecklingen när det gäller kostnader är nu inte bara ett fenomen inom Region Västernorrland, utan något som i stort sett alla regioner tvingas arbeta med.

Under de senaste tio åren har ett flertal åtgärder prövats inom specialistvården och RVN för att komma till rätta med växande underskott. Det har handlat om organisatoriska förändringar, extraordinära resurstillskott och mer konkreta kostnadsreduceringsåtgärder. Men initiativen har inte kunnat kompensera fullt ut för de ökande kostnaderna över tid.

2 Övergripande strategi för att nå en ekonomi i balans

Uppdraget att sänka specialistvårdens kostnader omfattar mycket stora belopp. Som en jämförelse ligger förvaltningens budgeterade kostnader exklusive läkemedelskostnader 2020 på omkring 5,2 miljarder kronor. Den begärda kostnadsreduceringen motsvarar därmed en nästan tioprocentig neddragning av specialistvårdens kostnader.

I den regionplan som regionfullmäktige fastställt för åren 2021 – 2023 preciseras ett snarlikt långsiktigt mål om att ”minska kostnaden per DRG-poäng till högst 3 procent över snittet i rikets jämförbara sjukhus”, vilket konkretiseras som en effektivisering motsvarande 10 procent av verksamheten.

Det säger sig själv att det inte finns *en* åtgärd eller *ett* beslut som kan sänka kostnaderna i en sådan omfattning. Det står samtidigt klart att det ekonomiska läget kräver åtgärder som reducerar kostnader här och nu. I annat fall finns en överhängande risk att underskotten fortsätter att växa i en takt som till sist kräver betydligt mer genomgripande beslut om besparingar. Det är av flera skäl viktigt att verksamheten inte hamnar i nya och återkommande kostnadsreduceringskrav som måste initieras om underskotten fortsätter att växa.

Det långsiktiga arbetet för att reducera kostnader måste bygga på en ordnad och förutsägbar process som omfattar hela det återställningskrav som finns. Chefer och medarbetare behöver ges en tydlig bild av hur arbetet kommer att bedrivas under kommande år och vilka förutsättningar som gäller.

Specialistvården kommer i linje med den ambitionen att fortsätta att arbeta med att analysera tänkbara alternativ till vårdplatsneddragningar, utbudsförändringar och koncentration av verksamheter (som kräver politiska genomförandebeslut). Målsättningen är att presentera sådana åtgärder – för politiska beslut – som totalt uppgår till maximalt 120 miljoner kronor för åren 2020 – 2021.

Bedömningen är således att det i praktiken finns ett ganska begränsat antal kostnadsreducerande beslut med en sådan inriktning (dvs. med genomförande på kort sikt). Strategin för att klara hela uppdraget med att reducera kostnader behöver mot denna bakgrund bygga på en kombination av beslut om verksamhetsförändringar och en egeninitierad utveckling av produktivitet och effektivitet.

Inriktningen är att det framtida arbetet, under 2021 och framåt, till största delen ska handla om effektiviseringar inom befintlig verksamhet. Verksamheterna kommer därmed att behöva vänja sig vid att arbeta avsevärt mer koncentrerat och målinriktat för att öka sin produktivitet och effektivitet.

Det är ett faktum att hälso- och sjukvårdens kostnader i stor utsträckning är personalkostnader. Potential för besparingar inom medicinteknik och läkemedel finns, men bedöms trots allt som förhållandevis begränsad och framförallt komplicerad att prognosticera. Det är också svårt – för att inte säga omöjligt – att begränsa vårdutbudet kring enskilda behandlingsalternativ i någon större omfattning. En genomtänkt strategi

måste därmed i huvudsak ha som målsättning att personalresursen används så effektivt som möjligt inom ramen för regionens samlade vårdproduktion.

Ett huvudproblem är att det finns en historik av kostnadsreduceringar inom verksamheterna, som inte följts upp av ett omställningsarbete för högre effektivitet. Vad som nu krävs är en organisation som kan bedriva ett utvecklingsarbete under en längre tid, även efter att de konkreta åtgärderna för 2020 har beslutats. Ett sådant utvecklingsarbete kan inte bedrivas utan särskilt avdelade resurser och kompetens vars uppdrag är att stödja chefer och medarbetare.

Nedan tecknas mot denna bakgrund några viktiga inslag i en övergripande strategi för att målet om kostnadsreduceringar uppnås fram till 2023. Genomgången gör inte anspråk på att beskriva enstaka kostnadsreduceringar i detalj, utan inriktas mer på vilken potential som finns i ett mer fokuserat effektiviseringsarbete.

Det måste betraktas som helt avgörande att förvaltningen (och den planerade länssjukvårds- och närsjukvårdsorganisationen) kan vidta de åtgärder som krävs för att nå målet om kostnadsreduceringar fram till 2023. I annat fall ser förvaltningsledningen en betydande risk att större utbudsförändringar måste aktualiseras (mer om det nedan).

Potentialen att arbeta mer effektivt kan beskrivas på olika sätt. Ett i sammanhanget särskilt intressant mått är det så kallade bemanningstalet som beskriver antalet personaltjänster (inkluderar både undersköterskor och sjuksköterskor) per fastställd vårdplats. Av den samlade personalstatistiken framgår att flera verksamheter bedrivs med ett bemanningstal som klart överstiger det mål som förvaltningen tidigare har fastställt (1,8 per vårdplats, +/- 0,2).

Projektet hållbar bemanning har analyserat statistiken och bedömningen är att det finns en potential för kostnadsreduceringar uppemot 100 miljoner kronor. Om samtliga verksamheter kan upprätthålla ett bemanningstal på 1,8 skulle det kunna innebära att vårdavdelningarnas stora beroende av inhyrda sjuksköterskor kan upphöra. Därmed kan också merkostnaden som finns för inhyrda sjuksköterskor undvikas.

Exakt hur berörda verksamheter ska uppnå sitt bemanningstal är en fråga som måste avgöras från fall till fall (via verksamhetsspecifika utvecklingsprojekt). Det ska sägas att potentialen för kostnadsreduceringar bedöms som stor. Samtidigt är också kostnadsreduceringarna mer komplexa att realisera än rena neddragningar och omstruktureringar av verksamhet. Inriktningen kan också komma att ge upphov till ett antal HR-relaterade åtgärdsbehov som berör medarbetarna. Ett särskilt fokus bör läggas på att minska användningen av hyrpersonal, men det kan inte uteslutas att det i vissa fall också krävs åtgärder som berör ordinarie personal.

Vilka åtgärder kan då typiskt sett bli aktuella för att nå målet om ett bemanningstal på 1,8? En uppenbar delorsak till specialistvårdens ekonomiska problem är att vissa kostnadsdrivande beslut har fattats utan en bakomliggande och korrekt ekonomisk konsekvensbeskrivning. Ett sådant exempel är framförallt införandet av systemet med

helgarbete två av fem helger vilket – som enskilt beslut – bedöms ha gett en merkostnad på cirka 100 miljoner kronor.

En återgång till den tidigare ordningen med schemaläggning (enligt 2 av 4 helger) är knappast aktuell. Det finns dock anledning att ersätta systemet med 2 av 5 helger med ett annat system eftersom det finns ett grundproblem att hantera med rigida arbetstider som inte är anpassade efter medarbetarnas önskemål. Ett exempel kan vara att överväga så kallade ”fasta önskescheman” som introducerats inom länsverksamhet infektion. Det har i fallet med Länsverksamhet infektion gett halvering av stafettkostnaderna (för sjuksköterskor) mellan januari och april i år.

Ytterligare ett område att arbeta vidare med är åtgärder kring så kallad uppdragsväxling. Det finns exempelvis verksamheter som har en snedfördelning när det gäller antalet sjuksköterskor i förhållande till undersköterskor. En rimlig fördelning – som visserligen kan avvika i enskilda fall – ska ligga på omkring 60 procent undersköterskor och 40 procent sjuksköterskor för hela förvaltningen.

Ett utvecklingsarbete av den här magnituden kräver realistiska bedömningar och prognoser kring vilka resultat som är möjliga att uppnå. Det kvarstår här ett betydande analysbehov på flera punkter. Hela strategin förutsätter att verksamheterna kan arbeta mer målinriktat och långsiktigt med att förbättra arbetssätt och processer och därigenom minska sin bemanning och exempelvis förbättra schemaläggning under kommande år.

En invändning mot detta resonemang skulle kunna vara att specialistvården inte har de förutsättningar som krävs för att ägna en större del av den totala arbetstiden till utvecklingsarbete. Utgångspunkten måste dock vara att det är möjligt att sänka kostnader genom ett uthålligt och målinriktat arbete. Erfarenheter gjorda inom projektet hållbar bemanning kan exempelvis framhållas: hittills, bara under 2020 (t.o.m. juli), har kostnadsreduceringar kunnat uppnås med närmare 40 miljoner kronor.

För att klara arbetet med effektiviseringar krävs ett riktat och förhållandevis omfattande stöd till verksamhetschefer och (i synnerhet) enhetschefer. Bedömningen är att kostnadsdrivande beslut – som avrop efter hyrpersonal – ofta sker när det råder brist på stöd för att avhjälpa en tillfälligt ohållbar bemanningssituation. Uppföljningen behöver vara konstruktiv och frekvent med tydliga mål och mått. Ansvariga chefer ska inte lämnas ensamma i arbetet med att möta kraven på kostnadsreduceringar. Enskilda goda exempel inom organisationen behöver ges en spridning till fler verksamheter på ett strukturerat sätt.

Inom ramen för projektet Hållbar bemanning har specialistvården byggt upp ett stödteam för att bistå verksamheterna med att minska användningen av hyrpersonal. Erfarenheterna av stödteamet har varit mycket goda och ambitionen är att åstadkomma ett utbyggt internt stöd och kapacitet under hösten 2020.

Allvaret i den situation som råder måste understrykas. För den händelse att de avsedda resultaten uteblir kommer det med nödvändighet att bli aktuellt med betydligt mer

drastiska utbudsförändringar. I annat fall finns ingen möjlighet att klara kraven på kostnadsreduceringar.

Förvaltningen har valt att inte precisera och beräkna exakt vilka utbudsalternativ som i så fall kan leda till tillräckligt omfattande kostnadsreduceringar. Men i ett sådant läge finns framförallt en betydande risk att det akuta och elektiva omhändertagandet inom opererande verksamheter behöver ses över och koncentreras till sjukhuset i Sundsvall.

Här ska det betonas att ett genomförande av ett sådant alternativ, måste betraktas som en allra sista och icke önskvärd utväg. Men en trovärdig planering behöver också redovisa vilka alternativa scenarion som faktiskt finns givet återställningskravets omfattning.

Det ska också avslutningsvis påpekas att den planerade omstöpnigen av specialistvården och primärvården – till länssjukvårds- och närsjukvårdsområden – förändrar vissa förutsättningar för ett sammanhållet arbete inom en förvaltning. Samtidigt ges bland annat helt nya förutsättningar att samordna primärvård och de delar av specialistvården som övergår till närsjukvården enligt den plan som ligger (fr.o.m. 1 januari 2021). Bedömningarna här ovan bygger på att återställningskravet fördelas på de nya områdena och att utvecklingsarbetet därefter får bedrivas inom ramen för den nya organisationen.

3 Förslag till kostnadsreduceringar 2020

Hälso- och sjukvårdsnämndens beslut innebär, som nämnts ovan, att specialistvården ska spara 150 miljoner kronor under 2020. Inför framtagandet av åtgärder har förvaltningen tillämpat ett arbetssätt som inneburit att varje länsverksamhet har inkommit med förslag till verksamhetsanpassningar.

Framtagandet har baserats på ett antal principer. Ambitionen har varit att förena förslag med en bibehållen patientsäkerhet och utvecklad medicinsk kvalitet och – så långt det är möjligt – en fortsatt rimlig servicenivå till patienterna. En utgångspunkt för övervägandena har varit att lägga förslag som är i enlighet med regionens målbild. Verksamheterna har instruerats att i synnerhet pröva åtgärder som leder till en minskad användning av inhyrd personal. I det slutliga urvalet av åtgärder har den typen av förslag varit högt prioriterade. Det har vidare varit en princip att försöka uppnå en rimlig balans av åtgärder mellan de tre sjukhusorterna.

Nedan följer förslagen till kostnadsreduceringar i kortform, fördelat på respektive länsverksamhet. Det ska noteras att samtliga förslag kräver fördjupade analyser, närmare beskrivningar av konsekvenserna ur ett styrkortsperspektiv samt arbetsmiljö-, risk- och patientsäkerhetsanalyser, innan formella beslut kan fattas. Det har i viss utsträckning funnits ett delvis begränsat antal alternativ till förslag med hänsyn till att en omställning mot närsjukvård och länssjukvård förbereds.

Enligt nämndens beslut ska ett så kallat måldatum anges för varje förslag. Till varje förslag fogas därför en uppgift dels om måldatum för beslut i hälso- och sjukvårdsnämnden (månad), dels för genomförande (år). Det konkreta genomförandet kan variera men ska i förekommande fall beslutas i regionstyrelse och regionfullmäktige och därefter effektueras senast under 2021.

De angivna ekonomiska konsekvenserna i vissa fall är behäftade med viss osäkerhet. Det gäller framförallt förslag som innebär organisatoriska förändringar och vårdplatsneddragningar. Det fortsatta beredningsarbetet kommer att ge mer säkra bedömningar.

3.1 Länsverksamhet GNR

Förvaltningens förslag: Neddragningar vårdplatser på geriatrisk avdelning 17 vid sjukhuset i Sollefteå (sex vårdplatser). Avveckling av akutgeriatrisk avdelning 26 A vid sjukhuset i Sundsvall (21 vårdplatser). Reducering av en vårdplats vid avdelning 3 vid sjukhuset i Örnsköldsvik. Avveckling av två av sex bassänger i regionen för rehabilitering.

Förslaget innebär för sjukhuset i Sollefteås del att två avdelningar (avdelning 16 och 17) bibehålls, vilket bedöms leda till en bättre arbetsmiljö (istället för att koncentrera verksamhet till en avdelning). En neddragning av sex vårdplatser låter sig därmed genomföras för att bättre anpassa verksamheten efter vårdbehoven.

Vid sjukhuset i Sundsvall avvecklas den akutgeriatriska avdelningen (26A). Utgångspunkten för förslaget är att det råder betydande svårigheter att bemanna avdelningen med sjuksköterskor – i praktiken är avdelningen helt stafettberoende för all dagpersonal.

Avdelningen har under en längre tid haft 14 av 18 disponibla vårdplatser öppna. Samtidigt finns det anledning att förändra sjukhusets patientflöden i denna del. Patienter som idag läggs in på 26A har i regel specifika grunddiagnoser som inskrivningsorsak – det kan handla om infektioner, bukdiagnoser etc. Det innebär i sin tur att patienterna kan få sin vård på andra, mer lämpliga avdelningar.

Vid avdelning 3 på sjukhuset i Örnsköldsvik sker en sammanslagning med avdelning 2 vilket ger en större vårdenhet. Det ger i sin tur förutsättningar för att använda resurserna mer effektivt – och därmed kan en fastställd vårdplats avvecklas.

Länsverksamhet GNR har bassänger inom sin verksamhet som idag inte används i någon större omfattning för ursprungssyftet, som är rehabiliterande insatser. Medicinsk utveckling på området har lett till att andra rehabiliteringsformer har tillkommit. Mot denna bakgrund kan två av totalt sex bassänger avvecklas.

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Kostnadsreduceringen vid avdelning 17 summerar till sex miljoner kronor per år. Kostnadsreduceringen vid avdelning 26 A summerar till 14 miljoner kronor. Kostnadsreduceringen på avdelning 3 omfattar en miljon kronor. Avvecklingen av bassänger leder till en reduktion av kostnader motsvarande två miljoner kronor. Totalt omfattar åtgärderna 23 miljoner kronor i kostnadsreduceringar.

3.2 Länsverksamhet onkologi

Förvaltningens förslag: Uppbyggnad av ett cancercentrum genom att hematologens öppen- och slutenvårdsenheter slås ihop med onkologens motsvarande enheter.

En sammanslagning av hematologins och onkologins öppen- och slutenvårdsenheter skapar större enheter för såväl öppenvårdsmottagningar/ dagvård som vårdavdelningar. Det innebär i sin tur att personalresurserna kan användas mer effektivt. Detta gäller i synnerhet på vårdavdelningen.

För mottagning och dagvård är situationen delvis en annan. Antalet behandlingar och vårdbehovet har ökat över tid eftersom antalet cancerfall ökar. Här är fördelen i stället en minskad sårbarhet där medarbetarna kan utnyttja samma lokaler och täcka upp för varandra inom vissa områden.

Idag tillhör den hematologiska verksamheten Länsverksamhet medicin. I den organisation som planeras från och med 2021 kommer hematologin tillhöra

närsjukvården, som finns på tre orter. Genom att lyfta ut denna specialitet kommer denna patientgrupp in i onkologkliniken istället och blir en del av en länssjukvårdsorganisation. Genom en sammanslagning kan ett onkolog centrum bildas med en större gemensam vårdavdelning samt även gemensamma lokaler för mottagning/dagvård.

En förutsättning för att förslaget ska kunna genomföras är att den nu pågående planerade nybyggnationen av ett nytt onkolog centrum fullföljs enligt plan. I annat fall kommer inte lokalerna att räcka till för den utökade verksamheten som blir följden av förslaget. Det är värt att notera att totalt sett sparas dock ombyggnadskostnader (annars behöver hematologin genomföra ombyggnationer med 59 miljoner kronor)¹.

Denna nybyggnation för onkologen inkluderar i detta läge inte vårdavdelningen och därför måste lokalfrågan lösas för denna utökade vårdavdelning. Idag har onkologen 15 fastställda vårdplatser och hematologens avdelning 2 har också 15 vårdplatser (hälften av dessa vårdplatser överförs till det cancercentrat, övriga vårdplatser förblir inom Länsverksamhet medicin).

Sammanfattningsvis innebär förslaget fördelar genom att resurser kan samnyttjas. En större vårdavdelning är mindre sårbar och innebär en minskad risk för stafettbehov. Det behövs färre nattsköterskor och vikarier då avdelningarna slås ihop och blir större med större flexibilitet. Vidare kan ett onkologi/cancercentrum med större bredd öka attraktiviteten för personal att söka sig till verksamheten. På litet längre sikt finns fördelar i form av generellt sett ökad stabilitet i verksamheten.

Förslaget medför även vissa nackdelar/risker. Det kan uppstå en situation med för stora personalgrupper för enhetscheferna. Det behöver också genomföras ett förarbete med jämkning av rutiner och kontakter m.m. Lokalfrågan måste också, som nämndes ovan, ges en lösning.

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Förslaget leder till 5,6 miljoner kronor i lägre kostnader.

¹ Den nya entreprenadkalkylen för den planerade nybyggnationen av onkolog centrum har, efter de gemensamma kostnadsreduceringsåtgärderna, landat inom ramen för projektets tilldelade medel i investeringsplanen. Beställningsskrivelsen med generalentreprenören är påskrivet för fas 2. Beställningen är villkorad av att erforderliga politiska beslut fattas av Regionstyrelsen.

3.3 Länsverksamhet kirurgi, urologi, öron-näsa-hals

Förvaltningens förslag: Reducering av fyra vårdplatser vid avdelning 15 (sjukhuset i Sundsvall). Överföra läkarmottagning (Öron-näsa-hals) vid sjukhusen i Sollefteå och Örnsköldsvik till sjukhuset i Sundsvall. Den kvarvarande kirurgiska verksamheten vid sjukhuset i Sollefteå avvecklas och överförs till sjukhuset i Sundsvall.

Länsverksamheten har under lång tid haft en bemanning som medger att avdelning 15 (inklusive den kirurgiska akutvårdsavdelningen) i Sundsvall har kunnat hålla sina totalt 50 vårdplatser öppna. En neddragning av fyra vårdplatser bedöms mot denna bakgrund som rimlig och genomförbar.

Vidare föreslås att läkarmottagningarna för öron-näsa-hals (ÖNH) vid sjukhusen i Sollefteå och Örnsköldsvik överförs till sjukhuset i Sundsvall. Mottagningsverksamheten omfattar mindre patientvolym, varför en överföring låter sig genomföras.

Länsverksamhet kirurgi föreslår slutligen en avveckling den kvarvarande kirurgi som finns vid sjukhuset i Sollefteå. Verksamhet har varit temporärt nedlagd sedan i april i år. Verksamheten bygger helt och hållet på stafettläkare. Det bedöms inte som realistiskt att kunna rekrytera nya fasta specialistkompetenta kirurger till sjukhuset. Det kan tilläggas att beredskapslinjen inte har varit bemannad sedan mitten av april, utan bedrivits från sjukhuset i Sundsvall. Fungerande rutiner och informationsvägar har därmed redan upprättats.

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Totalt omfattar åtgärderna kostnadsreduceringar om 8,8 miljoner kronor.

3.4 Länsverksamhet medicin

Förvaltningens förslag: Reducering av en vårdplats genom sammanslagning av två vårdavdelningar, avdelning 2 (GNR) och 3 (Medicin) vid sjukhuset i Örnsköldsvik.

Sammanslagningen av avdelning 3 och 2 på sjukhuset i Örnsköldsvik (redovisat ovan under avsnitt 3.1 GNR) innebär neddragning med en vårdplats inom Länsverksamhet medicin.

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Kostnadsreduceringen motsvarar en miljon kronor.

3.5. Länsverksamhet barn- och ungdomsmedicin

Förvaltningens förslag: Avveckling av två neonatalplatser vid sjukhuset i Örnsköldsvik. Barnavdelningens två vårdplatser vid sjukhuset i Sollefteå avvecklas. Barn kommer fortsättningsvis att vårdas på observationsavdelningen.

Förslaget gällande neonatalplatserna i Örnsköldsvik avser två vårdplatser. Avdelningen ges därmed förutsättningar att bli stafettoberoende. Plats finns för dessa barn vid sjukhuset i Sundsvall.

Förslaget gällande barnavdelningens vårdplatser vid sjukhuset i Sollefteå sker mot bakgrund av att dessa vårdplatser i genomsnitt har haft en cirka 30-procentig beläggning. Genom en integrering på observationsavdelningen kan vårdbehoven tillgodoses på ett patientsäkert sätt.

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Kostnadsreduceringen omfattar totalt 3,2 miljoner kronor.

3.6 Länsverksamhet kardiologi

Förvaltningens förslag: Reducera tio vårdplatser på avdelning 16 vid sjukhuset i Sollefteå. Neddragning av vårdplatser vid avdelning 1 vid sjukhuset i Örnsköldsvik med sex vårdplatser.

Vårdavdelningarna 16 och 17 har över tid haft problem med bemanningen. Verksamheten har därför bedrivits genom en sammanslagning av dessa avdelningar (lokaliserat på ett våningsplan). Denna lösning har visat sig täcka behovet av inläggande vård. Därefter har en återgång till två separata avdelningar genomförts. Besparingspotentialen kvarstår dock, varför en betydande neddragning av vårdplatser kan genomföras. Konsekvensen på kostnadssidan är i huvudsak en minskning av användningen av stafettpersonal. Fördelar som kan nämnas är bättre arbets- och patientmiljö.

På avdelning 1 (Örnsköldsvik) sker en renodling av vilka patientkategorier som får vård på avdelningen. Framgent ska uteslutande hjärtpatienter vårdas på avdelningen. Övriga patienter ges i fortsättningen vård på de sammanslagna avdelningarna 2 och 3, som har kapacitet (se förslag under 3.1)

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Neddragningen ger en kostnadsreducering på 16 miljoner kronor.

3.7 Länsverksamhet psykiatri

Förvaltningens förslag: Införa mobil verksamhet inom psykiatrin (så kallad SPOT) antingen vid sjukhuset i Örnsköldsvik eller Sundsvall (val av ort behöver analyseras vidare). Neddragning av 13 vårdplatser inom länsverksamhet psykiatri.

En mobil verksamhet inom psykiatrin (så kallad SPOT) föreslås införas antingen vid sjukhuset i Örnsköldsvik eller Sundsvall (val av ort behöver analyseras vidare). Bakgrunden är att psykiatrin i Västernorrland har näst mest vårdplatser av alla regioner i landet, i förhållande till befolkningmängden.

Att minska på antalet vårdplatser är inget självändamål, men ger utrymme för att i stället införa moderna öppenvårdsbaserade vårdformer. Ett mobilt specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam kan erbjuda en form av ”mellanvård”, där patienten slipper ligga inne på sjukhus och kan vara kvar i sin hemmiljö med anhöriga, men samtidigt få en tätare kontakt (dagliga hembesök) än vad den psykiatriska öppenvården kan erbjuda (vanligen ett mottagningsbesök/vecka eller glesare).

En sådan lösning erbjuder en ”nära vård” för patient och anhöriga, med samma bemanning och till lägre personalkostnad kan individuellt anpassad och personcentrerad vård erbjudas till fler patienter samtidigt. Till nackdelarna hör en viss ökad risk för överbeläggningar och en ökad belastning för verksamhetens bakjourer, eftersom antalet personer som söker ”akut” till psykiatrin och ”kräver” en inläggning på avdelning ständigt ökar.

Måldatum politiskt beslut: oktober 2020

Måldatum genomförande: augusti 2021

Ekonomiska konsekvenser: Kostnadsreduceringen omfattar totalt fyra miljoner kronor.

3.8 Länsverksamhet ortopedi

Förvaltningens förslag: Operationsverksamheten inom ortopedi (planerad vård) vid sjukhuset i Örnsköldsvik förs över till sjukhuset Sollefteå. Åtgärden innebär en neddragning av 21 vårdplatser vid sjukhuset Örnsköldsvik.

Det råder ett underutnyttjande av operationskapaciteten vid sjukhuset i Sollefteå. Det finns dessutom förutsättningar att öka beläggingsgraden på ortopedavdelningen i Sollefteå (avd. 15). Det finns därmed anledning att koncentrera den ortopediska operationsverksamheten av rena kostnads- och effektivitetsskäl.

Verksamheten koncentreras enligt förslaget till två utbudspunkter (sjukhusen i Sollefteå och Sundsvall). En sådan förändring skulle medge att en vårdavdelning (21 vårdplatser) kan avvecklas vid sjukhuset i Örnsköldsvik. Åtgärden avser enbart planerad inneliggande vård. Det ska fortsättningsvis finnas en oförändrad kapacitet att ta hand om akuta ortopediska operationer i Örnsköldsvik.

Förändringen förutsätter att den befintliga kirurgavdelningen vid sjukhuset i Örnsköldsvik kan anpassa sin verksamhet för patienter som behöver inläggande vård efter akuta ortopediska operationer. Ett utredningsuppdrag ska med den inriktningen lämnas till verksamhetscheferna för ortopedi respektive kirurgi.

Måldatum politiskt beslut: oktober 2020

Måldatum genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Kostnadsreduceringen omfattar totalt 21 miljoner kronor per år.

3.9 Verksamhetsgemensamma åtgärder

Förvaltningens förslag: Överföring av mottagningsverksamhet i Härnösand till närsjukvården (som införs 1 januari 2021).

Specialistvården bedriver mottagningsverksamhet i Härnösand. En tidigare genomförd utredning visar att det finns möjliga kostnadsreduceringar motsvarande minst 5,3 miljoner kronor per år vid en flytt av verksamheten till sjukhuset i Sundsvall. En kompletterande utredning bör genomföras innan ärendet kan bli föremål för politiskt beslut. En lösning bör bland annat utredas när det gäller att bibehålla mottagningsverksamhet helt eller delvis inom den närsjukvårdsorganisation som införs 1 januari 2021.

Ett sådant beslut kan medföra längre restid och avstånd för berörda patienter. Till fördelarna hör framförallt lägre kostnader för verksamheten totalt sett. Kostnadsminskningen kan initialt uppnås genom lägre lokalkostnader och pensionsavgångar. Ytterligare kostnadsreduceringar kan efterhand uppnås genom att se över personalkostnaden och möjliga synergieffekter vid en flytt av verksamheten.

Måldatum för beslut: oktober 2020

Måldatum för genomförande: 2021

Ekonomiska konsekvenser: Förslaget leder till lägre kostnader om 5,3 miljoner kronor.

4 Sammanställning av verksamhetsanpassningar inklusive ekonomiska effekter

Förslagen till verksamhetsanpassningar (för politiska beslut), interna åtgärder och övriga utvecklingsprojekt summerar till 182 miljoner kronor (varav så kallade egna åtgärder summerar till 94 mnkr, och 88 mnkr som berör politiska beslut. Ambitionen är att ta fram fler förslag till beslut för att klara återställningskravet i sin helhet under 2021 och 2022. Åtgärder för 2020 som kräver politiska beslut sammanfattas nedan (tabell 4).

Nedan följer en sammanställning av åtgärder för beslut av regionfullmäktige (tabell 4). Sammanställningen är preliminär och ska dessutom ses som en ögonblicksbild.

Tabell 4: Verksamhetsanpassning för politiska beslut

Ytterligare framtagna åtgärder för politiskt beslut per länsverksamhet	Kommentar	Belopp (mnkr)
Kirurgi	Vårdplatsneddragning Sundsvall 4 vpl, överföra läkarmottagning ÖNH från Sollefteå och Ö-vik till Sundsvall, överföra kirurgverksamhet från Sollefteå till Sundsvall	8,8
Onkologi	Cancercentrum, sammanslagning mottagning och vårdavdelning hematologi och onkologi	5,6
Medicin	Vårdplatsneddragning Ö-vik 1 vpl	1,0
GNR	Vårdplatsneddragning Sollefteå 6 vpl, Sundsvall 21 vpl, Ö-vik 1 vpl samt reducering av antalet bassänger från 6 till 4	23,0
Kardiologi	Vårdplatsneddragning Sollefteå 10 vpl Ö-vik 6 vpl	16,0
Barn- och Ungdomsmedicin	Integrering av 2 vpl på OBS-avd Sollefteå, Ö-vik 2 vpl	3,2
Ortopedi	Vårdplatsneddragning Ö-vik 21 vpl. Överföra elektiva operationer från Ö-vik till Sollefteå	21,0
Psykatri	Vårdplatsneddragning 13 vpl - införa SPOT	4,0
Specialistvården (flera verksamheter)	Mottagningsverksamhet Härnösand	5,3
Specialistvården		87,9

Nedan följer en sammanställning av dels planerade interna åtgärder per länsverksamhet som inte kräver politiska beslut, dels åtgärder för beslut av regionfullmäktige (tabell 5). Sammanställningen är preliminär och ska dessutom ses som en ögonblicksbild. Förslagen redovisas inte i detalj vad beträffar åtgärdernas inriktning. Underlaget kommer efterhand att kompletteras med fler åtgärder.

Tabell 5: Sammanställning av egna åtgärder och åtgärder för politiskt beslut

Länsverksamhet	Egna åtgärder	Politiska beslut
Röntgen		
Kvinnosjukvård	Rotationstjänstgöring av barnmorskor förlossningen/mottagning/ultraljud/specialistmödravård	
Ortopedi	Minska hyrpersonal genom förstärkt bakjour Sundsvall Genom stödteamets arbete med hållbar bemanning, förbättra tillgången till ssk Minska hyrpersonal över tid genom ökad operationskunskap läkare Sollefteå	Vårdplatsneddragning från 21 till 0. Överföring av ortopediska elektiva operationer från Ö-vik till Sollefteå
Operation		
Kirurgi	Ökad produktion inom kirurgi, minska köp av vård och lägre kostnad för material (EVAR, TUR-P) Ökad produktion Öron-Näsa-Hals, minska köp av vård (ÖGI)	Vårdplatsneddragning från 50 till 46 vpl Sundsvall -4 vpl Överföra kirurgverksamhet från Sollefteå till Sundsvall Överföra läkarmottagning ÖNH från Sollefteå och Ö-vik till Sundsvall
Onkologi	Rotationstjänstgöring för ssk mellan strål, mottagning och avdelning Minska antalet seniora patologer	Cancercentrum, sammanslagning mottagning och vårdavdelning hematologi och onkologi
Ögonsjukvård	Synrehabilitering (översyn bemanning)	
Medicin		Vårdplatsammanslagning avd 2-3 Ö-vik -1 vpl
Lung/infektion	Läkarmottagning hud Sollefteå, överförs till ssk-ledd mottagning Sollefteå Nedläggning av somatiska	
GNR	Förnyat arbetssätt och struktur avseende extra vak	Vårdplatsneddragning från 20 till 14 vpl Sollefteå -6 vpl Vårdplatsneddragning från 21 till 0 vpl Sundsvall -21 vpl Vårdplatsammanslagning avd 2-3 Ö-vik -1 vpl Reducering av antalet bassänger från 6 till 4
Kardiologi		Vårdplatsneddragning från 24 till 14 vpl -10 vpl Sollefteå Vårdplatsneddragning från 24 till 18 vpl -6 vpl Ö-vik
Barn- och ungdomsmedicin	Ändrad bemanningstal Sundsvall	Vårdplatsneddragning från 2 till 0 vpl Sollefteå -2 vpl Vårdplatsneddragning från 8 till 6 vpl Ö-vik -2 vpl
Akutsjukvård, Ambulans	Införa årsarbetstid inom ambulanssjukvården Reducering av 0,69 procent ssk inom akutsjukvården	
Laboratoriemedicin	Extern analys (Umeå) av HVP utförs av laboratoriemedicin	
Habilitering		
Barn- och psykiatri	Minska hyrpersonal läkare Borttag av beredskapslinje Ångermanland	Omhändertagande enligt första linjen Vårdplatsneddragning från totalt 78 till 65 vpl Sundsvall eller -Övik -13 vpl (SPOT)
Specialistvården	Effektivisering genom nya arbetssätt: minska inhyrd personal, bemanningsstal, breddinförande av 3 semesterperioder, rotationstjänstgöring, schemaläggning, in- och utskrivningsprocessen	Mottagningsverksamhet Härnösand

Slutligen följer en sammanställning av förändring av fastställda vårdplatser per sjukhus och avdelning med syftet att redovisa förändringen av fastställda vårdplatser efter beslut (tabell 6).

Tabell 6: Förändringar per aktivitet inklusive vårdplatser

Ort	Avdelning	Antal fastställda vårdplatser	Förändring	Antal fastställda vårdplatser efter förändring
Sollefteå	Avdelning 16 (kardiologi)	24	-10	14
	Avdelning 17 (GNR)	20	-6	14
	Barnavdelningen	2	-2	0
Sundsvall	Avdelning 26A (GNR)	21	-21	0
	Avdelning 15 (kirurgi)	50	-4	46
Örnsköldsvik	Avdelning 1 (kardiologi)	24	-6	18
	Avdelning 2 (medicin)	14	-1	13
	Avdelning 3 (GNR)	12	-1	11
	Barnavdelningen	8	-2	6
	Ortopedavdelningen	21	-21	0
Svall alt Övik	Psykiatri	13	-13	0
Länet	Övriga avdelningar	364	0	364
Specialistvåren	Totalt antal fastställda vpl	573	-87	486