

## PM: Kostnadsreduceringar inom verksamheten för kirurgi, ÖNH och urologi

De samlade förslagen till åtgärder inom kirurgin utgår från att verksamheten framgent ska arbeta betydligt mer strukturerat och långsiktigt för att skapa *en sammanhållen länsverksamhet* inom alla sina medicinska delområden (akut, trauma, bukväggskirurgi, över och nedre gastrointestinal kirurgi, urologi och örn-näsa-hals kirurgi). Det innebär att verksamheten:

- Har ett samlat ansvar för genomförandet av kirurgisk verksamhet i hela länet
- Baserar all planering på att uppnå bästa möjliga tillgänglighet för patienterna
- Arbetar mot målet att nå samma kvalitet och tillgänglighet över hela länet
- Tar ett samlat ansvar för att tillse att tillräcklig kompetens finns på alla utbudspunkter

Ur ett resursperspektiv kommer kirurgiverksamheten bygga på grundförutsättningen att befintliga resurser ska utnyttjas optimalt. Det innebär mer konkret att verksamheten ska arbeta för att uppnå ett effektivt resursutnyttjande genom att alltid prioritera verksamheter med anställd personal. Alla tre utbudspunkter drivs mot ett gemensamt mål och ansvar: reducera användningen av hyrpersonal i alla länkar i vårdkedjan. Kirurgins förslag består, mot denna bakgrund, av flera åtgärder som verkar i samspel:

- En vårdplatsreduktion genomförs vid sjukhusen i Sundsvall och i Örnsköldsvik.
- Samtidigt överförs delar av akutuppdraget från sjukhuset i Sundsvall till Örnsköldsvik (från upptagningsområdena i Sollefteå och Kramfors).
- En utökning av bukväggskirurgin vid sjukhuset i Sollefteå sker genom en gradvis överföring av cirka 250 operationer per år från en regiongemensam väntelista.
- Vidare etableras ett medicinskt ansvar för uppföljning och utveckling av den bariatriska kirurgin (åtgärden riktas mot patienter som lider av fetma) i Örnsköldsvik. Det fordrar i sin tur en länsövergripande plan för kompetensutvecklingen på området i hela länet. Denna åtgärd ger förutsättningar för att volymmässigt klara regionens hela behov av bariatrisk kirurgi. Den bariatriska kirurgin kommer att utföras i både Örnsköldsvik och Sundsvall.
- Länsverksamheten kommer också genomföra samma typ av förändring inom den colorektala kirurgin, dvs. även här är en volymöverföring aktuell. Den överföringen baseras precis på samma sätt på en länsövergripande verksamhet som utgår från ett länskirurgiskt team med medlemmar ur professionen, från

både Sundsvall och Örnsköldsvik. Här etableras ett nav inom den colorektala kirurgin i Sundsvall.

## Överföring av operationsvolym till Sollefteå

### Nuläge

I nuläget opererar länsverksamheten inga patienter vid sjukhuset Sollefteå. Under 2019 bedrevs viss kirurgisk verksamhet i Sollefteå. I länet opereras mellan 550 - 600 patienter med olika typer av bräckkirurgi per år. Utifrån siffror 2019 är fördelningen drygt 60 procent från Sundsvalls upptagningsområde, 20 procent från Örnsköldsvik och 15 procent från Sollefteå, några enstaka procent var utomlänspatienter.

### Förslag

Delar av bräckkirurgin förläggs till sjukhuset Sollefteå. Den överförda volymen kommer motsvara 200 - 250 operationer/år. Den planerade fördelning utgår från 100 laparoskopiska ljumskbräck, 100 öppna ljumskbräck och 50 navelbräck.

Förslaget kräver två kirurger per operationsdag. För att tillskapa ett bra flöde och en resursoptimerad verksamhet genomförs operationerna tre dagar varannan vecka i Sollefteå. Kirurger från både Örnsköldsvik och Sundsvall kommer att delta i detta arbete. För att optimera resurserna under operationsdagen kommer det att behövas två preoperativa övernattnings och två postoperativa övernattnings per operationsvecka för patienterna som opereras i Sollefteå. Kirurgerna behöver tre övernattnings var. Patienterna ska vara ASA I och II. En förutsättning för överföringens genomförande måste vara att denna verksamhet kan bedrivas utan hyrpersonal både på operation i Sollefteå och inom länsverksamhet kirurgi.

### Ekonomi

#### Scenario 1:

Egen personal: 2 läkare i delad bil, hotellövernattnings 3 dygn.

Patienter: 40 procent åker i egen bil och 60 procent åker sjukresa delad taxi, 1 hotellövernattnings vid operationstillfälle

#### Scenario 2:

Egen personal: 2 läkare från olika orter 2 bil, hotellövernattnings 3 dygn.

Patienter: 40 procent åker i egen bil och 60 procent åker sjukresa delad taxi, 1 hotellövernattnings vid operationstillfälle

#### Scenario 3:

Egen personal: 2 läkare i delad bil, hotellövernattnings 3 dygn.

Patienter: 40 procent åker i egen bil och 60 procent åker sjukresa delad taxi, 1 natt vårdavdelning

#### Scenario 4:

Egen personal: 2 läkare från olika orter 2 bil, hotellövernattnings 3 dygn.

Patienter: 40 procent åker i egen bil och 60 procent åker sjukresa delad taxi, 1 natt vårdavdelning

Scenario	1 (tkr)	2 (tkr)	3 (tkr)	4 (tkr)
<b>Egen personal</b>				
Leasingbil	26	52	26	52
Hotell	167	167	167	167
Traktamente	58	58	58	58
<b>Patient</b>				
Sjukresa i taxi och egen bil	153	153	153	153
Hotell	335	335		
<b>SUMMA</b>	<b>739</b>	<b>765</b>	<b>404</b>	<b>430</b>

Perspektiv	Konsekvenser
Innevånare	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lång resväg då större delen av de patienter som kommer att opereras i Sollefteå inte bor i närområdet, se angivna siffror under nuläge ovan.</li> </ul>
Medarbetare	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ökat antal tjänsteresor och övernattningar för medarbetare som bor och verkar på annan ort än Sollefteå.</li> <li>Ökad risk för medarbetare med antalet resor på vägarna framförallt vintertid, ingen möjlighet till kollektivtrafik.</li> <li>Möjliggör ökade möjligheter för ”utbildningsoperationer” för kirurger under utbildning.</li> </ul>
Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ökad produktion av dagkirurgi inom regionen, patienten kan få sin operation inom vårdgarantin.</li> <li>Mindre risk för strykningar då detta är ett strikt elektivt flöde.</li> <li>Behåller och utvecklar kompetensen vid operationsavdelningen i Sollefteå.</li> <li>Medför minskade läkarresurser för mottagning och operation i Sundsvall respektive Örnsköldsvik, risk för minskad produktion.</li> <li>Genom att öka operationskapaciteten i länet kan vi tillgodose vård inom 90 dagar.</li> </ul>
Ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ökade transportkostnader för patient och medarbetare.</li> <li>Ökad boendekostnad för medarbetare som behöver arbeta på annan ort än hemorten.</li> <li>Om patienten ska övernatta på vårdavdelning så har inte den kostnaden tagits med i beräkningen.</li> </ul>

## Överföring av operationsvolymerna från Sundsvall till Örnsköldsvik (det bariatriska flödet och del av colonkirurgiska flödet)

### Nuläge

För närvarande handläggs det bariatriska flödet vid sjukhuset i Sundsvall. De senaste tre åren har cirka 70–75 patienter opererats per år och cirka sju patienter har årligen skickats för rikssjukvård på grund av att verksamheten inte klarat vårdgarantin. Idag går 90 procent av det bariatriska flödet i dagvård med övernattnings på vårdhotell pre- och postoperativt. För att stärka upp den allmänkirurgiska kompetensen vid kirurgkliniken i Örnsköldsvik finns det skäl för länsverksamheten att skapa ett ökat ansvar och samarbete kring ÖGI-diagnoserna. Viss colonkirurgi handläggs också vid sjukhuset i Örnsköldsvik.

### Närmare om förslaget

Åtgärden innebär att ett medicinskt ansvar för uppföljning och utveckling av den bariatriska kirurgin förläggs till Örnsköldsvik. Det fordrar i sin tur en länsövergripande plan för kompetensutvecklingen på området i hela länet. Denna åtgärd ger förutsättningar för att volymmässigt klara regionens hela behov av bariatrisk kirurgi. Den bariatriska kirurgin kommer att utföras i både Örnsköldsvik och Sundsvall.

Länsverksamheten föreslår även att samma typ av förändring genomförs inom den colorektala kirurgin, dvs. även här föreslås en volymöverföring. Den överföringen baseras precis på samma sätt på en länsövergripande verksamhet som utgår från ett länskirurgiskt team med medlemmar ur professionen, från både Sundsvall och Örnsköldsvik. Här etableras dock navet inom den colorektala kirurgin i Sundsvall.

Planeringen och överföringen av bariatrisk kirurgi och colonkirurgi kommer, på samma sätt som i fallet med bukväggskirurgi, styras av tillgänglighetsaspekter och tillgång på resurser vid berörda utbudspunkter. Den exakta fördelningen och tidsaspekter på genomförandet får avgöras av den samlade verksamhetens förutsättningar. Det är dock viktigt att understryka att den vårdplatsneddragning som föreslås (se nedan) kommer kräva en kontinuerlig av överföring av volymkirurgi för att kunna upprätthållas.

I Örnsköldsvik tillskapas fyra hotellplatser på den kirurgiska vårdavdelningen. Dessa platser nyttjas till det bariatriska flödet och det colorektala flödet (samt i förekommande fall oto-kirurgiska patienter). Med denna lösning kommer den ineliggande vården då inte att belastas. Kostnadsreduktionen uppstår genom minskade kostnader för rikssjukvård med cirka 600 tkr per år (nettokostnader). Verksamheten flyttar en volymdiagnos som inte kräver ineliggande platser, vilket möjliggör den tänkta reduktionen av vårdplatser i Örnsköldsvik, samt minskar behovet av vårdhotellsplatser på Sundsvalls sjukhus.

Förslaget beträffande bariatricen innebär en större förändring, eftersom det flödet idag är koncentrerat till Sundsvall. Länsverksamheten behöver bygga upp samma stabila verksamhet från grunden med nya medarbetare som idag inte har erfarenhet av bariatrisk patienter och framförallt komplikationer till bariatrisk kirurgi. Idag bedöms remisserna av en ÖGI- kirurg med lång erfarenhet av bariatrisk kirurgi. Om patienten har rätt kriterier för en möjlig operation kallas patienten till en viktgrupp om 50 patienter per omgång, fyra gånger under ett år. Gruppen leds av en kirurg, sjuksköterska och dietist. Om patienten efter dessa tillfällen fortfarande önskar kirurgi får patienten ett mottagningsbesök till en erfaren ÖGI-kirurg och där bestäms om patienten är aktuell för operation.

Alla patienter med BMI under 46 (90 procent av de som opereras) opereras i dagkirurgi med en pre och postoperations natt på vårdhotell och sex timmars observation på uppvakningsavdelning. Efter hemgång kallas patienten till ett sjuksköterskebesök sex veckor postoperativt. Därefter sker uppföljningen efter ett år, två år och fem år digitalt via obesitassjuksköterskan, som också är ansvarig för SOREG, ett nationellt register är alla patienter som opereras registreras och monitoreras under 5 år. Patienter med BMI över 47 kommer till dagvården men vårdas inneliggande post operativt dygn ett och vid BMI över 50 krävs en övernattnings på IVA.

Etablerandet av bariatric i Örnsköldsvik är en process som kommer att kräva viss tid för själva genomförandet. En ökning av det colorektala flödet kräver inte samma typ av förberedelser och införandetid. Här finns den kirurgiska kompetensen redan väl tillgodosedd vid sjukhuset i Örnsköldsvik. Utgångspunkten är här att rektalcancer alltid ska opereras i Sundsvall. Annan colonkirurgi ska genomföras både i Sundsvall och i Örnsköldsvik (bedömningen om fördelning av operationer kommer, som nämnts ovan, att utgå från tillgängliga resurser). Motsvarande resonemang som kring colorektal cancer ska även gälla för benign (godartad) colonkirurgi. Samma kvalitetsnivå ska tillförsäkras på båda orterna. Målsättning kommer vara att både utbudspunkterna ska registreras som en enhet i förekommande kvalitetsregister. Sammanfattningsvis ska den colorektala kirurgin genomföras som en verksamhet i hela länet, och utföras inom ramen för de resurser som verksamheten totalt sett får sig tilldelad.

Planeringen av bariatrisk kirurgi och colonkirurgi kommer, på samma sätt som i fallet med bukväggskirurgi, styras av tillgänglighetsaspekter och tillgång på resurser vid berörda utbudspunkter.

Införandet av fyra vårdhotellsplatser på kirurgavdelningen i Örnsköldsvik är en förutsättning för att volymöverföringen skall kunna genomföras.

<b>Perspektiv</b>	<b>Konsekvenser</b>
-------------------	---------------------

<p>Invånare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det kommer att ta lång tid att bygga upp kunskapen kring bariatrisk kirurgi och framförallt kring komplikationerna som dessa patienter kan drabbas av. Detta kunnande finns sedan många år vid Sundsvalls sjukhus, här ser verksamheten initialt en patientsäkerhets risk då kunnandet att hantera komplikationer till kirurgin initialt inte finns i Örnsköldsvik.</li> <li>• Åtgärderna ökar möjligheterna att bli opererad inom vårdgarantin.</li> </ul>
<p>Medarbetare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Under uppbyggnadsfasen av framförallt bariatriken medför detta ökat antal resor för medarbetare boendes i Sundsvallsområdet.</li> <li>• Det blir viktigt att tillse att mångårig kirurgisk kompetens och verksamhet inte förloras i Sundsvall inom ÖGI-verksamheten.</li> <li>• Ökar den kirurgiska mångfalden vid Örnsköldsviks sjukhus, vilket är rekryteringsbefrämjande.</li> </ul>
<p>Process</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Initialt en inkörningsfas där man flyttar delar av ett fungerande flöde från ett sjukhus till ett annat (gäller både bariatrik och colonkirurgi)</li> <li>• Krävs ett samarbete med OP/IVA för att klara ökad belastning på operation och avdelning i Örnsköldsvik.</li> </ul>
<p>Ekonomi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökade kostnader för medarbetare som under en längre period kommer att behöva resa och övernatta i Örnsköldsvik (för att bygga upp kompetensen inom bariatrisk kirurgi).</li> <li>• Sannolikt ges möjligheter att klara vårdgarantikraven på området och på så sätt undvika rikssjukvårdskostnader.</li> <li>• Nettobesparing 600 tkr (snittkostnad de senaste tre åren för utomlänsvård, bariatrik).</li> </ul>

## Akutkirurgiska flödet Sollefteå/Kramfors till Örnsköldsvik

### Nuläge

Under 2019 var inflödet från Kramfors och Sollefteås upptagningsområde till Sundsvalls akutmottagningen 961 patienter, 617 av dessa krävde inläggande vård och 117 opererades inom 24 timmar. Av dessa 617 patienter var det 15 procent med diagnoser som krävde kärllkirurgisk och urologisk akut kompetens, vilket lämnar 524 patienter som skulle kunna vårdats och behandlats vid Örnsköldsviks sjukhus.

### Förslag

Förslaget innebär en förändring av flödet gällande akuta patienter från Sollefteås och Kramfors upptagningsområde, så att dessa patienter styrs till Örnsköldsviks sjukhus. Det skulle innebära ett minskat inflöde av akuta patienter som kräver inläggning vid Sundsvalls sjukhus och stärka den akut kirurgiska kompetensen vid Örnsköldsviks kirurgiklinik. Här finns då med den ökande volymen av akuta operationer möjligheten att planera en operationsresurs för de akuta kirurgiska och ortopediska operationerna så dessa kan ske på dagtid.

Kostnadsreduktionen uppkommer genom att förändringen leder till färre strykningar av det elektiva flödet och ett minskat behov av operationer under jourtid. Minskat inflöde av akuta patienter som kräver inläggning vid Sundsvalls sjukhus möjliggör även en reduktion av vårdplatser. Länsverksamheten ser inte någon fördyring av transportkostnader, då detta flöde och volym redan idag transporteras inom befintlig transportorganisation. Förändringen medför ur transportsynpunkt i stort sett ingen annan skillnad än vilken ort som är slutdestination för patienterna från berörda upptagningsområden.

Perspektiv	Konsekvenser
Invånare	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patienter som behöver akutkirurgi styrs till Örnsköldsvik istället för Sundsvall</li></ul>
Medarbetare	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ökad arbetsbelastning i Örnsköldsvik i akutskedet, för primärjour och bakjour på akutmottagningen.</li><li>• Ökad arbetsbelastning på kirurgavdelningen och operation. I senare skede fler patienter som behöver följas upp på mottagningen i Örnsköldsvik.</li><li>• Mer komplicerad triagering för juren i Sollefteå då urologi och kärllpatienter ska direkt till Sundsvall.</li></ul>
Process	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ökat upptagningsområde i Örnsköldsvik breddar kompetensen genom ökade volymer av patienter.</li><li>• Fler akuta operationer - ökad belastning på operation. Vilket möjliggör volym för en operationssal för akut kirurgi och ortopedi så dessa ingrepp inte behöver göras på jourtid.</li></ul>
Ekonomi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Förslaget möjliggör den tänka vårdplatsreduktion i Sundsvall med en betydande ekonomisk effekt</li></ul>

## Vårdplatser reduceras i Sundsvall och Örnsköldsvik

### Nuläge Sundsvall

För närvarande finns det tre vårdavdelningar inom länsverksamheten i Sundsvall, KAVA (16 vårdplatser, kirurgisk akutvård), 15A (12 vårdplatser övre och nedre GI) och 15B (18 vårdplatser, urologi, öron och kärllkirurgi), totalt antal disponibla vårdplatser 46, fastställda 50. Alla tre avdelningarna har hyrsjuksköterskebehov och belägningsgraden är hög.

### Förslag till kostnadsreduktion

Kostnadsreduktionen består av att minska antalet disponibla vårdplatser till 40 (minskning med 6 vårdplatser) genom sammanslagning av tre vårdavdelningar till två. Att beakta vid sammanslagning är att verksamheten inte har optimala lokaler, risken är att det blir trångt på avdelningarna, vilket ställer krav att övergången mellan slutna och öppna vård fungerar optimalt. Med det reducerade antalet vårdplatser finns inget utrymme för att till exempel vårda färdigvårdade patienter i väntan på att kommunerna ska lösa så att hemsituationen fungerar. En dialog med kommunerna behövs omgående, så att de kan förbereda sig på bästa sätt. Verksamheten räknar också med att det akuta flödet styrs om (se förslag ovan) och att en patientgrupp (amputationer) enligt tidigare beslut ska flyttas till ortopedkliniken. Det krävs sammanfattningsvis ett flertal kompensande åtgärder. Verksamheten ser i annat fall en betydande risk för flera överbeläggningar konstant som kan innebära både patientsäkerhetsrisker och arbetsmiljörisker.

Målet är att ha cirka 20 vårdplatser på varje avdelning med totalt fyra överbeläggingsplatser. En avdelning med mer elektiv profil där kärl, urologi och GI-kirurgin har varsin sektion. Den andra avdelningen med profil för det akutkirurgiska flödet inrymmer även öron-näsa-hals patienter och där färdigvårdas fler patienter för att inte störa det elektiva flödet. Detta resulterar i samordning av personal, minskad administration, lägre bemanningstal och minskad lokallhyra.

### Nuläge Örnsköldsvik

För närvarande finns det en vårdavdelning i Örnsköldsvik inom länsverksamheten med 20 vårdplatser på vardagarna och 16 vårdplatser på helgerna. Vårdavdelningen är i stort sett oberoende av hyrsjuksköterskor.

### Förslag till kostnadsreduktion

Verksamheten föreslår en minskning av disponibla vårdplatser till 16 med två överbeläggingsplatser (minskning med fyra) och inrättande av fyra vårdhotellsplatser för bland annat den bariatriska kirurgin och för uppbyggnad av en utökning gällande ÖNH-kirurgin. Befintliga flöden för den elektiva inläggande kirurgin behöver förändras så att huvuddelen av de elektiva operationerna startas i dagvård för att reducera behovet av inläggande vård (vårdhotellsplatser behövs). Vidare måste man



öka andelen patienter som opereras i dagvård och se över vad som idag opereras på operationsavdelningen, men som istället går att genomföra på kirurgmottagningen.

### Vårdplatser – sammanfattning

Totalt innebär förändringen en minskning av tio vårdplatser. Förändringen innebär en samordning av personal, minskad administration, lägre bemanningstal och minskad lokalhyra. Att inrätta vårdhotellsplatser i Örnsköldsvik ger ingen kostnadsreduktion men är en nödvändighet för att erbjuda rätt vårdnivå. En så stor neddragning av vårdplatser ställer höga krav på flödet inför och i samband med utskrivningar.

Samverkan mellan slutenvården, primärvården och kommunerna är viktigt för att flödet ska fungera. Att bemanna utifrån bemanningstalet 1,8 överensstämmer inte med vårdbehovet på flertalet av länsverksamhetens patienter som ofta är svårt sjuka och har stort behov av vård. Riskerna det kan medföra är både patientsäkerhetsrisker och risker för arbetsmiljön.

Perspektiv	Konsekvenser
Invånare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det finns en risk att elektiva operationer får strykas för att det inte finns lediga vårdplatser.</li> </ul>
Medarbetare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökad arbetsbelastning, risk för överbeläggningar då verksamheten redan nu har hög beläggningsgrad.</li> <li>• Tungarbetat på grund av trånga utrymmen på avdelningarna när verksamheten går från tre till två avdelningar.</li> <li>• Det är en nackdel att patienttoaletter som möjliggör att arbeta ergonomiskt är för få i förhållande till antalet patienter samt att personalutrymmen inte är optimala ur lokalsynpunkt (Sundsvall).</li> <li>• Svårt att rekrytera utifrån arbetsbelastning och bemanningstal.</li> </ul>
Process	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hög beläggning och hög arbetsbelastning kan tidvis göra det svårt att driva verksamhetsutveckling.</li> <li>• Övergången mellan slutenvård och öppenvård behöver förbättras då vårdplatsantalet minskar, det gäller att vara observant på att flaskhalsar kan uppstå.</li> </ul>
Ekonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ökade övertidskostnader (överbeläggningar).</li> <li>• Ökat hyrbehov (svår rekryterat).</li> <li>• Sammanslagning vårdavdelningar och reduktion av 46 disponibla vårdplatser till 40 vårdplatser och bemanningstal</li> </ul>

	2,25 kan vara möjligt att genomföra, vilket ger en nettobesparing om 19 400 tkr.
--	----------------------------------------------------------------------------------

### Ekonomiska konsekvenser

#### Kirurgavdelningen i Sundsvall:

Förändrad personaltäthet från 2,8 till 2,25 med helgtjänstgöring 2 av 5 helger. Reducering av antal tjänster från 126 till 90 (36 tjänster). Minskade kostnader 18,6 miljoner. Samt 1 enhetschef mindre med minskad kostnad på 0,8 milj. Total kostnadsreducering med 19,4 miljoner. Reducering av 6 vårdplatser, från 46 – 40.

#### Kirurgavdelningen i Örnsköldsvik:

Förändrad personaltäthet från 1,95 till 2,19 med helgtjänstgöring 2 av 5 helger. Oförändrad bemanning (35 tjänster). Bemanningen kommer att nyttjas även till vårdhotellplatser och en del inom mottagningsverksamheten. Oförändrade kostnader. Reducering av vårdplatser från vardag 20/helg 16 till att alla veckans dagar ha 16 vårdplatser och fyra vårdhotellplatser.

**Sundsvall:** nettobesparing, 19 400 tkr

**Örnsköldsvik:** nettobesparing, 39 tkr

### Övrigt kring ikraftträdande och planering

Verksamheten har ambitionen att effektuera förändringarna beträffande vårdplatser under senare delen av 2021. Viss flexibilitet måste dock få råda på den punkten, tills riskanalyser är genomförda och övriga lokalfrågor är utredda. Volymöverföringen av kirurgi måste också ske på ett förutsägbart sätt parallellt med kostnadsneddragningarna. Mer preciserade datum kommer kunna lämnas i god tid innan politiska beslut är aktuellt att fatta.