

Morgondagens hälso- och sjukvårdsstruktur i Region Halland

Förslag till ändrad struktur för att möta framtidens förutsättningar

Hösten 2020

Hälso- och sjukvårdsavdelningen, Regionkontoret

Region Halland

Innehåll

| | |
|---|----|
| Förord..... | 2 |
| Sammanfattning..... | 4 |
| Metoder och arbetssätt | 6 |
| Hälso- och sjukvården i Region Halland nu och då | 8 |
| Hälso- och sjukvårdens utveckling i Halland | 8 |
| Nuvarande hälso- och sjukvårdsstruktur i Region Halland | 9 |
| Tidigare strukturutredningar i Region Halland | 11 |
| Nationella utredningar..... | 13 |
| Utvecklingstrend mot mer nära vård..... | 14 |
| Att analysera nutid och göra prognoser inför framtiden..... | 16 |
| Demografisk utveckling..... | 16 |
| Adjusted clinical groups | 18 |
| Care need index | 19 |
| De framtida sjukdomarna | 22 |
| Att arbeta med ett förebyggande perspektiv | 22 |
| Nationell och internationell utblick | 25 |
| Nationella perspektiv och erfarenheter | 25 |
| Internationella perspektiv och erfarenheter | 27 |
| Kompetens och kvalitet | 30 |
| Kompetensförsörjning och kompetensutveckling | 30 |
| Patientsäker vård och kvalitet | 31 |
| Andra aspekter att ta hänsyn till..... | 34 |
| Agenda 2030 | 35 |
| Ekonomi | 36 |
| Nuvarande fastigheter | 36 |
| Utredningens förslag och rekommendationer | 41 |
| Referenser..... | 44 |

Förord

Regionkontorets hälso- och sjukvårdsavdelning har på uppdrag av Regionstyrelsen och under ledning av hälso- och sjukvårdsdirektören analyserat och sammanställt ett underlag med både regionala, nationella och internationella inspel till en framtida hälso- och sjukvårdsstruktur för Halland. Uppdraget gavs för att ge både nuvarande och kommande generationer hallänningar de bästa förutsättningarna för att ha tillgång till en trygg och effektiv hälso- och sjukvård av hög kvalitet. Hur framtidens behov kommer att se ut är delvis en gissning, liksom att kunna säga något om de möjligheter och begränsningar – tekniska, geografiska, ekonomiska, resurs- och kompetensmässiga etc. – som kommer att finnas i hälso- och sjukvården, så väl som i samhället i stort, runt år 2040. Flera saker är dock kända och många prognoser delas av nationella så väl som internationella aktörer. Utredningen har med detta som bakgrund samlats kring fem primära principer för den halländska hälso- och sjukvårdens utveckling och lämnar förslag för reflektion och en rekommendation för framtiden.

”Framtiden intresserar mig, jag ska leva resten av mitt liv i den”

Mark Twain

Sammanfattning

Den halländska hälso- och sjukvården håller en hög kvalitet, vilket visar sig i nationella mätningar. Utmaningarna är dock flera och i likhet med övriga regioner står Halland inför frågor så som framtida kompetensförsörjning, patientsäkerhet och kvalitet i vården, utvecklandet och möjliggörandet av digitala tjänster och att behålla en ekonomi i balans. Med detta som bakgrund gavs uppdraget att förutsättningslöst utreda och lämna ett förslag på en hälso- och sjukvårdsstruktur som tar sikte på en hållbar framtid.

I dagsläget har Region Halland sin primära sjukhusverksamhet på tre utbudspunkter: Halmstad, Varberg och Kungsbacka. Inget av dessa sjukhus är ett komplett akutsjukhus och byggnaderna bedöms dessutom vara i dåligt skick. När medellivslängden, de kroniska sjukdomarna och invånarantalet i Halland, liksom i samtliga grannregioner, ökar blir det än viktigare för Region Halland att ha en proaktiv planering och kunna säkra upp vården för sina invånare. Halland prognosticeras att växa med omkring 60 000 personer de närmsta tjugo åren, både genom inflyttning och genom födsel. Att inte ha kapacitet att erbjuda komplett akutsjukvård på alla sjukhus ligger inte helt i linje med visionen *Halland – Bästa livsplatsen* där invånarna kan ställa höga krav på sin hälso- och sjukvård, dess tillgänglighet samt dess kompetens och kvalitet. Coronapandemin under 2020 har visat på det stora behovet av flexibilitet i hälso- och sjukvårdsorganisationen och vikten av stabil tillgång till både kompetent personal, material och mediciner. Pandemin gick inte att förutspå. Den kommande kompetensbristen i form av brist på vissa läkare och sjuksköterskor är dock redan ett känt faktum. För att kunna erbjuda den moderna, stabila och patientsäkra vård som går i linje med visionen måste Region Halland rigga för en kontinuerlig kompetensförsörjning. Regionen riskerar annars att stå inför en uttalad kompetensbrist med försämrad kvalitet och minskat vårdutbud för patienter och invånare som följd. Detta är en faktor som har haft stor påverkan på utredningens slutsatser.

Utifrån den av Regionfullmäktige beslutade prioriteringen *Samla specialiserad vård för kvalitet och samordningsvinster* samt för att ta Halland framåt som en trygg, säker och medskapande region som bedriver ”En hälso- och sjukvård för bättre hälsa” föreslår utredningen att Region Halland väljer en struktur med ett nytt akutsjukhus, närsjukhus på tre orter och ökade möjligheter att arbeta strategiskt med kompetens- och kvalitetsbehoven för att möta en framtid i förändring och en växande population. Varje sjukhus kompletteras med så kallade ”närakuter”, vilka samlokaliseras med sjukhusen för att på primärvårdsnivå bidra till att ge invånarna tillgång till trygg och säker vård med hög kvalitet.

Förslaget om ett akutsjukhus och tre närsjukhus har sin grund i flera perspektiv. Kvalitets- och patientsäkerhetsaspekten är avgörande. Fler patienter per vårdenhet ger större erfarenhet av t. ex. kirurgiska ingrepp med skickligare personal och färre vårdskador som följd. Kompetensförsörjningen underlättas av färre utbudspunkter för specialiserad vård, vilket möjliggör för regionen att tillgodose behoven av såväl spets som bredd. Förslaget ökar tillgängligheten och underlättar för patienter och invånare att lätt komma rätt och förslaget går i linje med den nationella inriktningen för Nära vård. Hållbarhetsperspektivet är också av väsentlig betydelse. För en miljömässigt hållbar framtid i linje med Agenda 2030 krävs energieffektiva fastigheter och närhet till god kollektiv transport. Nuvarande

sjukhusbyggnader har akuta och omfattande renoveringsbehov och är inte energieffektiva. De saknar också den flexibilitet som krävs för att kunna fortsätta leverera den högkvalitativa vård som hallänningen förväntar sig.

Region Halland har ofta befunnit sig i framkant för utveckling och initiativ inom hälso- och sjukvården i Sverige och placerar sig alltid bland de främsta kvalitetsmässigt. Genom en ny och modern struktur för hälso- och sjukvården har regionen goda möjligheter att även i framtiden behålla sin position och samtidigt bidra till att de globala hållbarhetsmålen i Agenda 2030 uppfylls. Strukturen som föreslås går i linje med de krav som Regionstyrelsen ställde i uppdragsbeskrivningen. Därtill möter strukturförslaget invånarnas förväntningar på *Bästa livsplatsen* och ger förutsättningar för Halland att även i framtiden leverera en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och mätbart hög kvalitet. *En hälso- och sjukvård för bättre hälsa* – även med morgondagens utmaningar.

Uppdraget Morgondagens hälso- och sjukvårdsstruktur

Den 18 september 2019 beslutade Regionstyrelsen att ge Regionkontoret i uppgift att utreda den långsiktiga utvecklingen av Region Hallands hälso- och sjukvårdsuppdrag. Enligt uppdragsbeskrivningen ska utredningen:

- ge förslag på en struktur som kan möta den förändrade efterfrågan på vård som är säker, effektiv och levererar goda medicinska resultat.
- ta särskild hänsyn till hälso- och sjukvårdslagens krav på vårdkvalitet, effektivitet och patientsäkerhet
- förhålla sig till den demografiska utvecklingen och kompetensförsörjningen av framtidens hälso- och sjukvård
- ta hänsyn till den specialisering som drivs av den medicinska och teknologiska utvecklingens möjligheter
- väga in nationella så väl som internationella erfarenheter
- beakta det ekonomiskt hållbara perspektivet
- belysa ifall att det nya förslaget på hälso- och sjukvårdsstruktur påverkar nuvarande organisationsstruktur

Utgångspunkt i utredningen skulle vara Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi liksom det vid tidpunkten nyligen påbörjade arbetet med en övergripande lokalförsörjningsplan. Därtill skulle utredningen förhålla sig till de nationella utredningarna om utveckling för god och nära vård med fokus på primärvården. Resultatet skulle återrapporteras till Regionstyrelsen senast i maj månad 2020. Vid samma möte beslutades att utse ledamöterna från RSAU (Regionstyrelsens arbetsutskott) och samtliga gruppledare till politisk referensgrupp för arbetet.

Metoder och arbetssätt

Utredningen har haft en primär projektgrupp bestående av regionens hälso- och sjukvårdsdirektör, FOU-chef, en projektledare och en utvecklingsstrateg samt en kommunikatör. För att sammanställa utredningen och det material som den politiska referensgruppen tagit del av under utredningens gång har flertalet medarbetare inom olika verksamhetsområden i Region Halland bidragit med sina specialistkunskaper liksom att textuella källor studerats, både som förstahandskällor och på metanivå. En komplett lista finns under Referenser. Därtill har det gjorts tjänsteanteckningar från samtal med företrädare för bl.a. Region Norrbotten och Region Blekinge.

Projektgruppen har träffat den politiska referensgruppen ungefär var femte vecka från och med oktober 2019 för att stegvis gå igenom det underlag som rapporten nu utgör. Region Hallands ledningsgrupp för vård (LGV)¹ har löpande blivit informerade om arbetets innehåll och under februari och mars 2020 besöktes majoriteten av förvaltningars ledningsgrupper² för att ges information och möjligheten att ställa frågor och lämna input utifrån varje verksamhets särskilda perspektiv. I början av februari informerade projektgruppen om sitt arbete på Kommun- och regionledningsforum (KRF) och under mars månad arrangerade de

¹ LGV består av samtliga förvaltningschefer samt ekonomi-, HR- och hälso- och sjukvårdsdirektörerna

² Inte RGS då det inbokade mötet ställdes in på grund av covid-19

lokala nämnderna i Halland ett möte dit de lokala nämndernas presidier samt respektive kommuns arbetsutskott (KSAU) och presidierna för vård-, omsorgs- och socialtjänstnämnderna var inbjudna.³ I december 2019 träffade projektgruppen Centrala samverkansgruppen (CSG) för att informera och ta in synpunkter. I det inledande skedet av projektet lades en informationstext ut på Region Hallands intranät och ytterligare internkommunikation till medarbetare var planerad under våren 2020. I mars 2020 pausades dock utredningsarbetet på grund av den coronapandemi som spreds över världen. Arbetet återupptogs i augusti 2020, med en förskjuten tidplan som naturlig följd.

³ Två möten var inbokade men enbart mötet i Halmstad gick att genomföra. Mötet i Varberg ställdes in på grund av covid-19

Hälso- och sjukvården i Region Halland nu och då

Hur blev Halland till det Region Halland som vi har idag? Efter århundraden i dansk ägo blev Halland en svensk provins år 1645 genom freden i Brömsebro. Den svenska tillhörigheten blev sedan permanent genom freden i Roskilde 1658 (1). Med ett hopp på några hundra år till 1970 kom nästa stora förändring för Hallands gränser då många små kommuner slogs ihop till storkommuner. Det gjorde att några kommuner kom att innehålla delar från två olika landskap och elva socknar upptogs i det län som idag utgör Halland medan två av de ursprungliga hamnade utanför (2). Halland som län består idag av sex kommuner och har omkring 334 000 invånare (3). Övergången från landsting till region skedde 2011 vilket gjorde att ansvarsområdet hälso- och sjukvård utökades med bl.a. tandvård, kollektivtrafik, näringslivsfrågor, turism och kultur. De närmsta grannarna är Västra Götalandsregionen, Region Skåne, Region Jönköpings län och Region Kronoberg.

Region Hallands primära ansvarsområde är hälso- och sjukvård⁴ men samtidigt omfattar det regionala uppdraget så mycket mer. Regionen ansvarar för kollektivtrafik och turism och har ett uppdrag kring näringslivsutveckling, kultur och skola liksom miljö- och hållbarhetsfrågor. Halland är ett populärt resmål och drar varje år till sig tusentals besökare. Regionen bejakar de halländska intressena via ett kontor i Bryssel och deltar också internationellt genom samarbeten som STRING och Greater Copenhagen.⁵ Genom Leap for life⁶ binds den halländska hälso- och sjukvården och de sex kommunernas kommunala omsorg samman med akademien (med forskning inom bl.a. Artificiell Intelligens) och näringslivet. Tillsammans skapar områdena en bas för *Halland, bästa livsplatsen*.

Hälso- och sjukvårdens utveckling i Halland

Förr tillhandahölls den större delen av sjukvården av provinsialläkarna (distriktsläkare), som fick en del av sin lön via staten och resten finansierades via patientavgifter. Samtidigt fanns landstingen som på, först frivillig basis och senare via sjukhuslagen 1928, bedrev sjukvård via vårdinrättningar, s.k. lasarett. Landstingen stod för finansieringen av dessa. Både provinsialläkarna och lasaretten fick licens via Medicinalstyrelsen, som är föregångaren till dagens Socialstyrelse. En omfattande utveckling av sjukvården under 1940- och 1950-talet ledde fram till att sjukvården uppfattades som sjukhustung och för att ändra på detta kom ett flertal förslag fram efter att en stor utredning gjorts. Bl.a. ändrades lagstiftningen 1959 så att landstingen blev skyldiga att tillhandahålla öppenvård. Det gällde den typ av öppenvård som av olika anledningar bara var lämplig att ge på sjukhus. Den öppna vården utvecklades sedan från 1963 genom att landstingen tog över huvudmannskapet från staten för de dåvarande provinsialläkarna i syfte att koppla samman öppen- och slutenvård. Några år senare, i januari 1970, infördes den så kallade sjukvårdsreformen då ett läkarbesök i öppenvården kostade 7 kronor och ett hembesök kostade 15 kronor. Staten behöll ansvaret för hälso- och sjukvårdens planering och samordning fram till att hälso- och sjukvårdslagen antogs 1982, varpå styret som helhet övergick till landstingen (4). 1992 kom den första varianten av nationell

⁴ Hälso- och sjukvården står för ca 87 procent av regionens totala budget

⁵ STRING är ett samarbete mellan Sverige, Norge, Danmark och Tyskland med fokus på infrastruktur, grön tillväxt, gränshinderfrågor, forskning och utveckling samt turism och kultur. Greater Copenhagen är ett näringspolitiskt partnerskap mellan Region Skåne och Region Halland i Sverige, Region Själland och Region Hovedstaden i Danmark, samt de tillhörande 85 kommunerna.

⁶ Leap for life var tidigare känt som Hälsoteknikcentrum

vårdgaranti för ett mindre antal diagnoser och några år senare introducerades en vårdgaranti för samtliga diagnoser. Under 1990-talet inleddes också en datorisering av hälso- och sjukvården (4). 2007 införde Region Halland vårdval i primärvården, tre år innan det blev obligatoriskt för hela Sverige. I regionen finns numera även vårdval inom öppen specialiserad hälso- och sjukvård för områdena hud och psykiatri. Region Halland har under åren fortsatt ta steg för att modernisera och förenkla för både medarbetare, patienter och invånare.⁷ Från starten 2004 då regionen tog fram krypterade formulär för bl.a. förnyelse av recept, till e-tjänster via 1177 och de första tjänsterna som skrevs in i vårdvalsavtalet har det skett en konstant vidareutveckling av tjänster i regionens digitala hälso- och sjukvårdsutbud. 2013 beslutade Region Halland att samtliga vårdgivare ska ha ett basutbud av digitala tjänster men uppmuntrade samtidigt vårdgivare att vidareutveckla sitt digitala utbud på eget initiativ. 2014 kom Patientlagen⁸ som gjorde det möjligt för patienter att fritt söka öppen hälso- och sjukvård i hela Sverige. Hösten 2015 påbörjades ett större strategiarbete inom hälso- och sjukvården i Region Halland vilket ledde fram till att Regionstyrelsen den 23 november 2016 beslutade om Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi med målet ”En hälso- och sjukvård för bättre hälsa” (5). Strategin är tänkt att fungera som en ledstång vid olika typer av beslut i den halländska hälso- och sjukvården och ge vägledning i vilket fokus som vården ska ha: verka hälsofrämjande, skapa trygghet och delaktighet samt bibehålla en hög kvalitet. Den strukturella översyn som påbörjats genom denna utredning är en naturlig fortsättning på strategin.

Nuvarande hälso- och sjukvårdsstruktur i Region Halland

Region Halland bedriver vård genom såväl privata utförare som i egen regi. De privata avtalen finns upphandlade via lagarna LOU (Lag om offentlig upphandling) samt LOV (Lag om valfrihetssystem). Den upphandlade vården finns främst inom vårdval, vårdgarantiavtal, valfrihetsavtal. Därutöver finansierar Region Halland genom så kallade taxeavtal (ett statligt system) aktörer inom LOL (Lag om läkarersättning) och LOF (Lag om ersättning för fysioterapi).⁹ Hälso- och sjukvård i regionens egen regi omfattar en bred verksamhet fördelad på fem förvaltningar med en politisk driftnämnd kopplad till respektive förvaltning. De fem förvaltningarna är:

- Hallands sjukhus (HS)
- Närsjukvården Halland (NSVH)
- Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH)
- Psykiatri Halland (PSH)
- Regionservice (RGS)

Hallands sjukhus bedriver primärt verksamhet på tre utbudspunkter: Kungsbacka (HSK), Varberg (HSV) och Halmstad (HSH). Sjukhusen i Halmstad och Varberg är akutsjukhus¹⁰

⁷ Med begreppet ”invånare” avses de personer som nyttjar halländsk hälso- och sjukvård i både aktiv och passiv form och som därmed omfattas av de strukturella förändringar utredningen lägger fram

⁸ Patientlag (2014:821)

⁹ LOU (2016:1145), LOV (2008:962), LOL (1993:1615), LOF (1993:1652)

¹⁰ Det saknas en nationell definition av begreppet akutsjukhus. Akutsjukhus i Region Hallands mening innebär dock ett sjukhus med akutmottagning där man på sjukhuset kan omhänderta och behandla alla de sjukdomstillstånd som kan förekomma på en akutmottagning med undantag för sjukdomstillstånd som är i behov av omhändertagande vid universitetssjukhus. I de fallen ska det initiala omhändertagandet ske på akutsjukhuset och transport till universitetssjukhus sker efter samråd med det mottagande universitetssjukhuset.

men har inte samma utbud. Av bl.a. utrymmes- och kompetensförsörjningsskäl utförs vissa operationer t. ex. enbart i Halmstad och andra enbart i Varberg eller Kungsbacka. På primärvårdsnivå erbjuds invånarna vård på 46 vårdcentraler varav ca hälften drivs i egen regi och hälften av privata aktörer med avtal enligt vårdvalsmodellen. Organisatoriskt återfinns privata vårdcentraler direkt under Regionstyrelsen medan de regiondrivna tillhör förvaltningen NSVH. ADH:s verksamhet omfattar ett brett spektrum från ambulans- och sjuktransport till kvinnohälsovård, ungdomsmottagningar, röntgen och laboratorieverksamhet. Verksamheten finns därför representerad i hela regionen men med variationer i utbud sett till ort. Psykiatri i Halland finns tillgänglig med öppenvård i samtliga kommuner i regionen och med slutenvård i Varberg och Halmstad. Genom det specialiserade vårdvalet för psykiatri bedriver fyra privata aktörer vårdverksamhet i Kungsbacka, Varberg och Halmstad. På samma orter finns också aktörer inom specialiserat vårdval hud. I hälso- och sjukvårdssammanhang ansvarar RGS för saker så som vissa inköp och materialtransporter liksom vårdnära service och den städservice som utförs i samtliga vårdlokaler.

Upphandling av vård inom Vårdval Halland sker genom LOV. Detta innebär att det finns möjlighet till en löpande anslutning för vårdgivare som så önskar förutsatt att ackrediteringskraven uppfylls. Regionen kan inte styra var enheterna etablerar sig geografiskt. Vårdvalet är inte anslagsfinansierat utan ersättning sker främst utifrån antal listade och deras ålder, kön samt socioekonomi. Vårdval Hallands primärvårdsuppdrag är att utan avgränsningar vad gäller såväl fysiska som psykiska sjukdomar, ålder, eller patientgrupp, efter professionell bedömning tillgodose och svara för individers behov av medicinsk rådgivning, diagnostik, behandling, omvårdnad, förebyggande och rehabiliterande åtgärder som inte kräver sjukhusens medicinska eller tekniska resurser, annan särskild kompetens eller som är annan huvudmans ansvar. Grunduppdraget för den nationella primärvården står inför översyn, dels då det finns en variation av gränsdragningar i landet och dels för att det finns en ambition om omställning i hälso- och sjukvårdssystemet mot mer öppna vårdformer. Ytterligare en intressant inom primärvården är kommunerna som är en stor utförare genom att de ansvarar för hemsjukvården. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen kan kommunerna i dagsläget inte anställa egna läkare. (6) I Halland organiserar regionen det på så sätt att regionen skriver avtal med vårdcentralerna avseende läkaransvaret för särskilt boende och korttidsboende. När det gäller övriga invånare med kommunal omsorg och sjukvård så har regionen organiserat det så att den vården ska ske via vårdcentralen där patienten är listad.

I hälso- och sjukvårdssammanhang har Region Halland samverkansavtal med både Västra och Södra samverkansnämnden för främst regionvård¹¹ som regionen inte kan erbjuda själv. Samverkansavtalen innehåller också specifika tilläggsavtal, tillgång till högspecialiserad vård inklusive inomregional arbetsfördelning, sjukvårdsregional kunskapsstyrning samt forskning och utveckling (FoU). Av Region Hallands budget på strax över 10 miljarder kronor står hälso- och sjukvården för närmare 87 procent.¹² I dagsläget utgör den inköpta vården en kostnad om ca 900 miljoner kronor per år där ungefär en tredjedel debiteras av Region Skåne

¹¹ Regionvård är sådan vård som till största del utförs på universitetssjukhus men som inte tillhör nationell högspecialiserad vård.

¹² Budgeten för 2020 är totalt 10,5 miljarder kronor och hälso- och sjukvårdens del uppgår till 9,1 miljarder kronor.

och två tredjedelar av Västra Götalandsregionen. Primärt rör den inköpta vården dels olika slags cancerprocesser som behandlas antingen på Sahlgrenska universitetssjukhuset (SU) eller Skånes universitetssjukhus (SUS), dels sjukdomar och tillstånd med liten volym i Halland eller om specialistkompetensen inte alls finns tillgänglig i Halland. Nationellt finns det även sex regionala cancercentrum (RCC) och likt förhållandet med samverkansnämnderna tillhör Region Halland även här både södra och västra RCC.

Under utredningens gång har arbetsgruppen träffat ledningsgrupper och ledningsgruppsrepresentanter för hela regionens primära hälso- och sjukvårdsverksamhet. En röd tråd i dessa möten har varit förvaltningarnas uttryckta önsknings om större möjligheter att samverka och samlokalisera för att på så sätt bättre och snabbare kunna hjälpa patienterna. En mer koncentrerad hälso- och sjukvårdsverksamhet hade underlättat för verksamheterna att samverka, bakjournlinjerna hade varit lättare att kompetensförsörja och det hade underlättat för patienter och invånare att komma rätt. Allt i enlighet med *En hälso- och sjukvård för bättre hälsa och prioriteringen Samla specialiserad vård för kvalitet och samordningsvinster* som Regionfullmäktige beslutade om 2016 (5).

Tidigare strukturutredningar i Region Halland

Redan 2012 genomfördes en strukturutredning i Region Halland. Uppdraget var även då att se över hur hälso- och sjukvården skulle kunna arbeta på bästa sätt i framtiden, men med ett tydligt syfte att dämpa den dåvarande kostnadsutvecklingstakten. Flera utmaningar var dock likartade med dagens situation, så som ett växande befolkningsantal, färre personer i arbetsför ålder och en önskan att säkerställa att regionen har fortsatt tillgång till rätt kompetens. Utredningen levererade ett antal förslag till kostnadsänkande åtgärder, men akutvårdens organisation och arbetsfördelningen mellan sjukhusen behövde ytterligare underlag och analys. 2013 genomfördes en fördjupning med syfte att analysera om färre utbudspunkter för akutsjukvård samt strukturella förändringar av sjukhusens slutna vård skulle kunna möjliggöra effektiviseringar och säkra en fortsatt kvalitetsutveckling. För att illustrera skillnader mellan olika steg i en möjlig kommande utveckling beskrev utredningen tre möjliga scenarion för strukturering av den halländska vården. I det första scenariot presenterades två akutsjukhus med var sin förlossningsenhet. De två övriga alternativen innebar förlossning på endast ett av sjukhusen och ett av förslagen innehöll endast ett akutsjukhus med dygnetruntbereidskap. Utredningen konstaterade att enbart omflyttning av verksamheter mellan sjukhus utan någon utveckling i övrigt endast skulle medföra marginell effektivisering eller ingen alls. De kostnadsbesparingar som beskrevs i utredningen fanns framför allt att hämta i effektivisering av jour- och beredskapsorganisationen, reduktion av antalet vårdplatser samt lägre baskostnader genom att dessa fördelas på färre utbudspunkter. Kalkylerna byggde på att antalet vårdplatser på något års sikt skulle kunna reduceras. I alternativen med färre utbudspunkter var potentialen störst.

När den förstnämnda strukturutredningen genomfördes 2012 hade Region Halland 2,2 vårdplatser i specialiserad somatisk vård per 1 000 invånare, vilket var samma som i rikets genomsnitt. Redan 2013 påbörjades en minskning av denna typ av vårdplatser, både i Region Halland och i riket. Halland har dock haft en högre minskningstakt och 2018 hade regionen

1,5 vårdplatser i specialiserad somatisk vård per 1 000 invånare gentemot 1,7 i riket (7). Minskningen av antalet vårdplatser har skett parallellt med att vårdprocesserna, inte minst dagkirurgin, har utvecklats och effektiviserats samt att polikliniseringsgraden¹³ har fortsatt att öka.

Utredningen noterar särskilt:

- Under flera decennier har trenden inom hälso- och sjukvård gått mot minskad slutenvård och mer öppenvård, och detta ser ut att fortsätta även i framtiden.

¹³ Polikliniseringsgraden blyttningen från sluten- till öppenvård.

Nationella utredningar

Under de senaste åren har ett antal statliga offentliga utredningar färdigställts som påverkat och kommer att fortsatt påverka hälso- och sjukvården på nationell, regional såväl som kommunal nivå. I utredningarna fastslås att vården bör komma nära patienten och att primärvården är hälso- och sjukvårdssystemets bas. Närhet handlar här inte endast om geografi utan även tillgänglighet, ex. öppettider, distansbesök liksom relationer och kontinuitet. En tänkt framgångsfaktor i att skapa en mer personcentrerad vård är att få patienterna att känna sig delaktiga i sin vård. I utvecklingen mot en god och nära vård kommer inte gränserna mellan närsjukvård och specialistvård eller slutna vs. öppna vård längre att vara så distinkta vilket kräver kontinuerlig omprövning av gamla arbetssätt och strukturer. En utredning från våren 2020 ger också direkt input till Region Hallands tankar kring framtida hälso- och sjukvårdsstruktur, med lärdomar dragna från arbetet med Nya Karolinska sjukhuset i Solna (NKS).

Träning ger färdighet, SOU 2015:98 (8), behandlar bl.a. begreppet nivåstrukturering, dvs. koncentration av vård för kvalitets-, patientsäkerhets- och jämlikhetsaspekter, samt förslag kring koordinering och helhetsansvar, möjlighet till en fast vårdkontakt och olika alternativ för behandling och diagnostik på distans. I utredningen slås det fast att "träning ger färdighet inom alla verksamhetsområden" och att det krävs en viss volym i vården för att säkerställa kvalitet och kompetens. Exempelvis resoneras det om generella volymer på sjukhus om 50–100 åtgärder eller ingrepp per år för att upprätthålla kompetens, och att det är önskvärt med 30 ingrepp per år per individ eller team för att uppnå en god kvalitet. Något som införts och redan haft stor påverkan på kommunal och regional vårdsektor är de standardiserade vårdförloppen och samordnad individuell plan (SIP).

Effektiv vård, SOU 2016:2 (9), fokuserar till stor del på hur hälso- och sjukvården är organiserad, hur effektiv den är och att det behövs en omställning av hela hälso- och sjukvården. Grundprincipen är att vård ska ges nära patienten och utifrån patientens behov. *Effektiv vård* blev också utgångspunkten för de tre delbetänkanden *SOU 2017:53 (10)*, *SOU 2018:39 (11)* och *SOU 2019:29 (4)* och ett huvudbetänkande *2020:19 (12)* som i gemensam korthet ofta benämns *God och nära vård*. I dessa rapporter diskuteras bl.a. tillgänglighetsfrågor, en professionsneutral vårdgaranti, öppenvård i första hand och att primärvården ska vara patientens första kontakt. Just begreppet *nära vård* behandlas genom resonemang om att det exempelvis kan innebära digitala möten med hälso- och sjukvården, inte bara fysiska besök. Vidare tar utredningen upp frågor om samverkansmöjligheter mellan kommun och region avseende de mest sjuka och möjligheterna att ge slutenvård på annan plats än på vårdinrättning. Det första delbetänkandet resulterade i en ny vårdgaranti som innebär rätt till medicinsk bedömning inom tre dagar istället för som tidigare läkarbesök inom sju dagar.

Digifysiskt vårdval, SOU 2019:42 (13), har fått kritik för att utredningen inte fokuserat på hela hälso- och sjukvårdssystemet då den inte tar upp hälso- och sjukvården i kommunerna. Fokus i utredningen ligger på patientens kontinuitet i primärvården och primärvårdens

ersättningssystem. Vidare tar utredningen upp nya grunder för valfriheten och möjligheten att ställa tydligare krav på utförare och styra etablering, liksom nationella ersättningsprinciper och de så kallade nätläkarna. Ex. föreslår utredningen att nätläkare bara ska få agera vårdgivare i de regioner där de också bedriver en fysisk verksamhet.

SOU 2020:15 Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS behandlar offentlig-privat samverkan (OPS) och styrning och kontroll inom hälso- och sjukvården. I utredningen finns bl.a. en kartläggning av regionala investeringar i hälso- och sjukvården liksom systematiska uppställningar av primära argument för och emot olika upphandlings-, entreprenad- och samarbetsformer. Utredningen tillhandahåller även information om olika styrmodellers för- och nackdelar liksom utvärderingar av värdebaserad vård. Nya Karolinska sjukhuset i Solna är det första större exemplet på en OPS-lösning inom hälso- och sjukvården i Sverige. Utredningen har gått igenom befintlig dokumentation och beslutsgång i processen för skapandet av NKS och beskriver innehåll och konsekvenser av beslut tagna utav både politiker och tjänstemän. Det handlar om allt från byggnation, verksamhetsinnehåll och organisation till dess påverkan på patientsäkerhet och möjligheterna till forskning och utbildning. Utredningen utmynnar i förslag om utökad kontroll och större fokus på risk- och konsekvensanalyser vid framtida strukturarbeten inom hälso- och sjukvården.

Utvecklingstrend mot mer nära vård

God och nära vård har inte en entydig definition utan beskrivs genom nationella målbilder. SKR (Sveriges kommuner och regioner) uttrycker det som att ”målet med omställningen av hälso- och sjukvården är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser samt att skapa ett mer samhällsekonomiskt effektivt hälso- och sjukvårdssystem.” (14) För att nå målet om en mer sammanhållen vård och omsorg har Region Halland bl.a. identifierat behov som samverkan och tillit mellan region och kommun, att hela verksamheten måste med i förändringsarbetet och att ledningen måste agera långsiktigt mot en gemensam målbild. Rent praktiskt handlar god och nära vård bl.a. om närhet som i tillgänglighet på olika tider under dygnet, närhet som i kontinuitet i vårdkontaktorna och närhet genom flexibla mötessätt och med hjälp av tekniska lösningar. Det handlar inte om en ny organisationsnivå utan istället om samverkan och fungerande flöden utifrån patientens perspektiv, behov och förmåga till delaktighet, liksom om det skifte mot mindre slutenvård och mer öppenvård som förespråkas i de senaste årens statliga utredningar. I *Effektiv vård* konstateras bl.a. “En välfungerande primärvård är sannolikt även den enskilt viktigaste åtgärden som hälso- och sjukvården kan bidra med för att uppnå en mer jämlik hälsa.” (9) Positivt för utvecklingen i Halland är att regionens valda mål och riktning enligt Hälso- och sjukvårdsstrategin stämmer väl överens med nationell målbild för god och nära vård.

Hälso- och sjukvårdssystemet har de senaste åren fått ett tillskott i utbud av tjänster via digitala vårdgivare. Dessa agerar som underleverantörer i vårdvalssystemet och finansieras därmed indirekt av regionerna med offentliga medel. Vårdcentralerna inom Vårdval Halland ska enligt modellen finansiera all vård deras listade patienter konsumerar på primärvårdsnivå. Det innebär att kostnaden för ”nätläkarna” tas från vårdcentralernas budget, vilket i sin tur

innebär en utmaning för vårdcentralerna men öppnar också upp för vårdcentralerna att erbjuda liknande tjänster, något som i sin tur kan öka effektiviteten och tillgängligheten. Problematiseringen i *Digifysiskt vårdval* kring nätläkarnas plats i hälso- och sjukvårdssystemet har ännu inte behandlats av Socialdepartementet men det är inte troligt att de kommer att försvinna, utan mer ställa om.

I hela Sverige ses utmaningar vad gäller en sömlös vård för patienter som behöver kommunal och regional hälso- och sjukvård. Dessa utmaningar kan vara rent praktiska eller avtalsmässiga men också handla om utmaningar i lagstiftning, ex gällande hantering av journaluppgifter. Psykisk ohälsa är ett viktigt fokusområde i den fortsatta utvecklingen av primärvården och dess utbudsformer men också i primärvårdens samverkan med övriga samhällsaktörer och vårdnivåer. Likaså har regionen och samhället ett uppdrag och ansvar vad gäller förebyggande vård liksom utveckling och stöttande av patientens förmåga till egenvård. Hallands primärvård ligger jämfört med riket mycket väl till vad gäller mätningar om patientnöjdhet, tillgänglighet och kvalitet. Region Halland har under senare år redan tagit olika initiativ för att nå invånare och patienter på mindre traditionsbundna sätt och kommer att behöva fortsätta utveckla denna del av hälso- och sjukvården för att hålla sig à jour med nationella riktlinjer och initiativ från privata vårdgivare. Exempel här är Psykiatrins app ”Psykiatrin i fickan” och möjligheten till KBT via nätet som fallit väl ut bland patienterna. Utmaningen både nu och framöver är dock att kunna fortsätta erbjuda invånarna en primärvård som upplevs som tillgänglig, medskapande och med hög kontinuitet. Alla nationella initiativ pekar åt samma håll så en utveckling i denna riktning är inte en valbarhet utan en förutsättning för att Region Halland ska lyckas med sitt uppdrag även i framtiden.

Utredningen noterar särskilt:

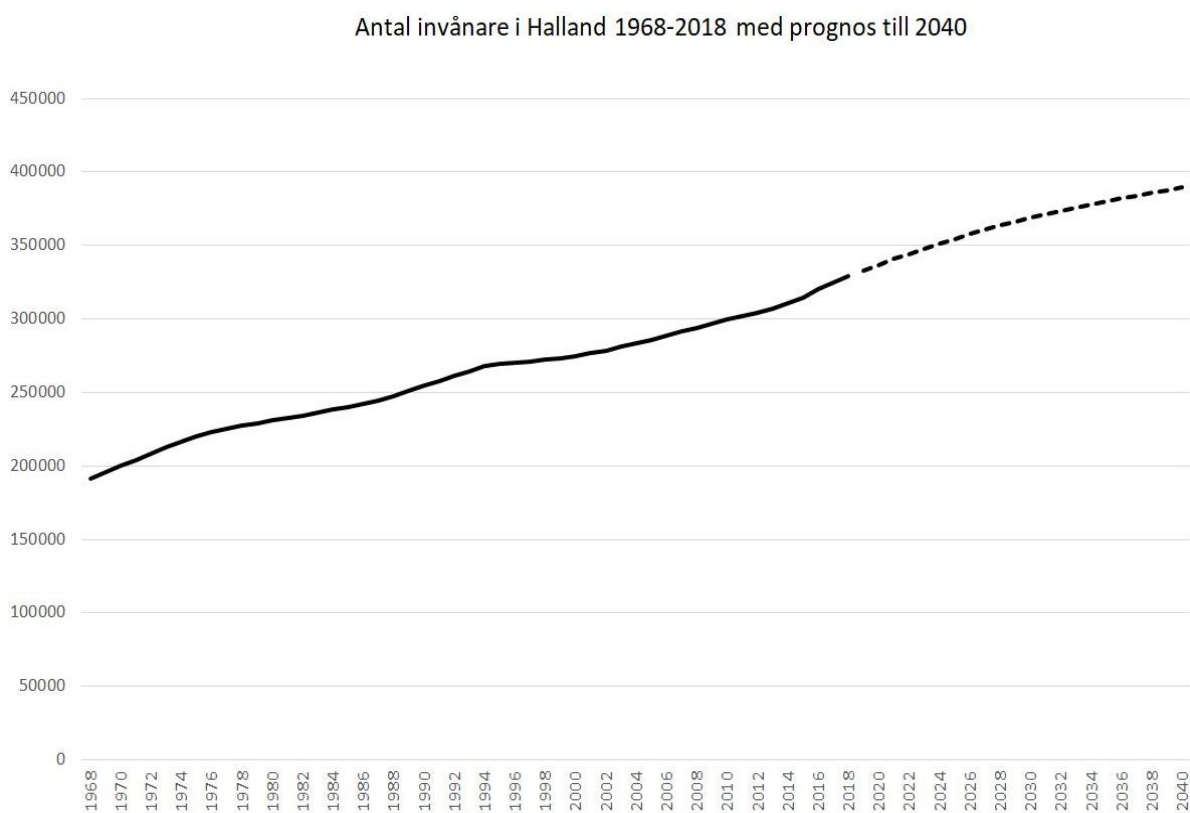
- De nationella utredningarna lägger stort fokus på patientsäkerhet, patienternas behov och tillräckliga volymer för att upprätthålla kompetenser.
- Närhet är inte låst till geografi utan innefattar exempelvis kontinuitet, tillgänglighet, kontakt med hjälp av tekniska lösningar och delaktighet.
- Utveckling och förändring kräver transparens för att uppfattas legitimt.
- Teknisk utveckling och närvaron av nya vårdgivare kommer att ställa krav på Region Hallands förmåga att fortsätta erbjuda konkurrensmässig hälso- och sjukvård.
- För att möjliggöra *god och nära vård* i praktiken krävs större samverkan mellan regioner och kommuner.

Att analysera nutid och göra prognoser inför framtiden

I enlighet med uppdragsbeskrivningen från Regionstyrelsen har utredningen studerat och analyserat den framtida demografiska utvecklingen i Region Halland, liksom vilka sjukdomar/diagnoser som kommer att vara mer vanligt förekommande, om det finns geografiska områden i regionen som bedöms ha risk för högre sjukdomsbörda än andra och även hur Region Halland förhåller sig till andra regioner på de här punkterna. Ett steg i att analysera Region Hallands förutsättningar vad gäller sjukdomsförekomster har varit att titta på olika slags mått och mätmetoder. I den här utredningen har Adjusted clinical groups (ACG) och Care need index (CNI) använts för att kunna ge en bild av statusen för Region Halland då måtten har olika perspektiv och utgår från olika slags data. För Hallands del kan måtten tillsammans ge en bild av hur förutsättningarna ser ut i respektive kommun, gemensamt som region och i förekommande fall vid jämförelser på nationell nivå. Inom Region Halland ligger CNI-data också till grund för en liten del av fördelningen av hälso- och sjukvårdspengen (den så kallade ”hospen”).

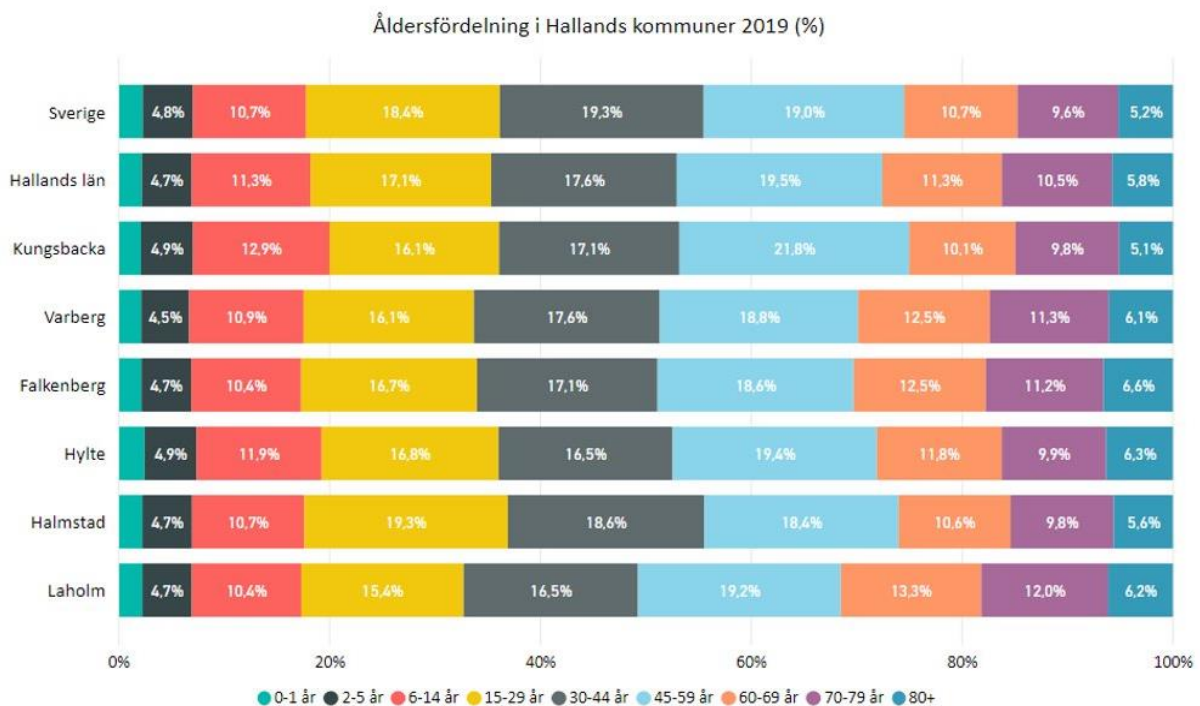
Demografisk utveckling

Vid årsskiftet 2019/2020 hade Halland 333 848 invånare. Om den nuvarande prognosen följs kommer Halland att växa med ungefär 60 000 invånare till år 2040. Det innebär ett snitt på 3000 nya hallänningar per år, både genom nettoinflyttning och genom födselar (3).



Figur 1 Prognos över befolkningsutveckling Halland

Halland är en attraktiv plats att bo på och regionens egen studie från 2016 visar att människor gärna flyttar till länet av anledningar som lockande boendemiljö och närheten till natur och friluftsliv (15). Regionen växer främst med barnfamiljer och de flesta flyttar till Halland från en annan del av Sverige. Sett till demografiska faktorer gör Socialstyrelsen bedömningen att det är befolkningens åldersfördelning och den socioekonomiska sammansättningen som har störst påverkan på hälso- och sjukvården (16). I Halland är åldersfördelningen relativt jämn och det skiljer väldigt lite från kommun till kommun vad gäller procentuell fördelning av åldersintervall. Halland har också en liknande struktur som Sverige som helhet. Såväl regionalt som nationellt syns dock trender om en ökande äldre befolkning i förhållande till antalet födda, och den så kallade försörjningskvoten ligger i Halland på 84 medan rikssnittet ligger på 76. Försörjningskvoten innebär utifrån Hallands siffror att för varje 100 invånare i arbetsför ålder (20–64 år) befinner sig 84 personer utanför spannet (antingen 0–19 år eller 65 år och äldre). Det betyder att varje arbetsför invånare ska försörja 1,84 personer: sig själv och ytterligare 0,84 personer (3) (17).



Figur 2 Åldersfördelning i Hallands kommuner 2019

Prognoser över demografisk utveckling i kombination med prognoser för framtida behov av hälso- och sjukvård (behovsinventering) visar att Region Halland riskerar att bli allt mer beroende av sjukvården i Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Skåne.¹⁴ Det här kommer att ske samtidigt som dessa regioner kommer att behöva hantera ett eget växande invånarantal och samma sjukdomsutveckling som Halland. Region Skåne har gjort prognoser för sin befolkningsutveckling fram till och med år 2028 och räknar då med att ha 1 486 000

¹⁴ Sett utifrån resonemanget att framtiden bär med sig allt fler cancersjukdomar, vilka kan kräva mer avancerad behandling som då främst ges vid universitetssjukhusen och inte på länssjukhusen. Se även figur 6.

invånare, vilket är en ökning med omkring 124 000 personer över en tioårsperiod (18). Prognos om ett ökat befolkningsunderlag gäller även för VGR som år 2028 beräknas ha 1 838 000 invånare – en ökning med runt 113 000 personer på tio år – och som till år 2040 beräknas ha en population om 1 946 000 invånare (19). I en jämförelse av SCB:s siffror för helåret 2019 har samtliga grannregioner till Halland ökat sin befolkningsmängd med mellan 1583 och 16 067 invånare. Hallands nettoökning var 4 496 invånare, vilket motsvarar 1,35 procent (3).¹⁵

Medan de som flyttar in i Halland till stor del är barnfamiljer så bedöms Halland också få ett allt större antal äldre invånare i befolkningen (65 år och äldre). Det växande antalet äldre lever också allt längre genom att det som tidigare utgjorde obotliga diagnoser och tillstånd nu i många fall antingen går att bota eller kan omvandlas till kroniska tillstånd. Fler individer bedöms komma att drabbas av allt fler sjukdomstillstånd under sin livslängd. Det kommer att ge högre kostnader för hälso- och sjukvårdssektorn i framtiden, både sett utifrån bl.a. läkemedelskostnader liksom ur ett kompetensförsörjningsperspektiv då allt fler kommer att behöva ta vårdens resurser i anspråk.

Adjusted clinical groups

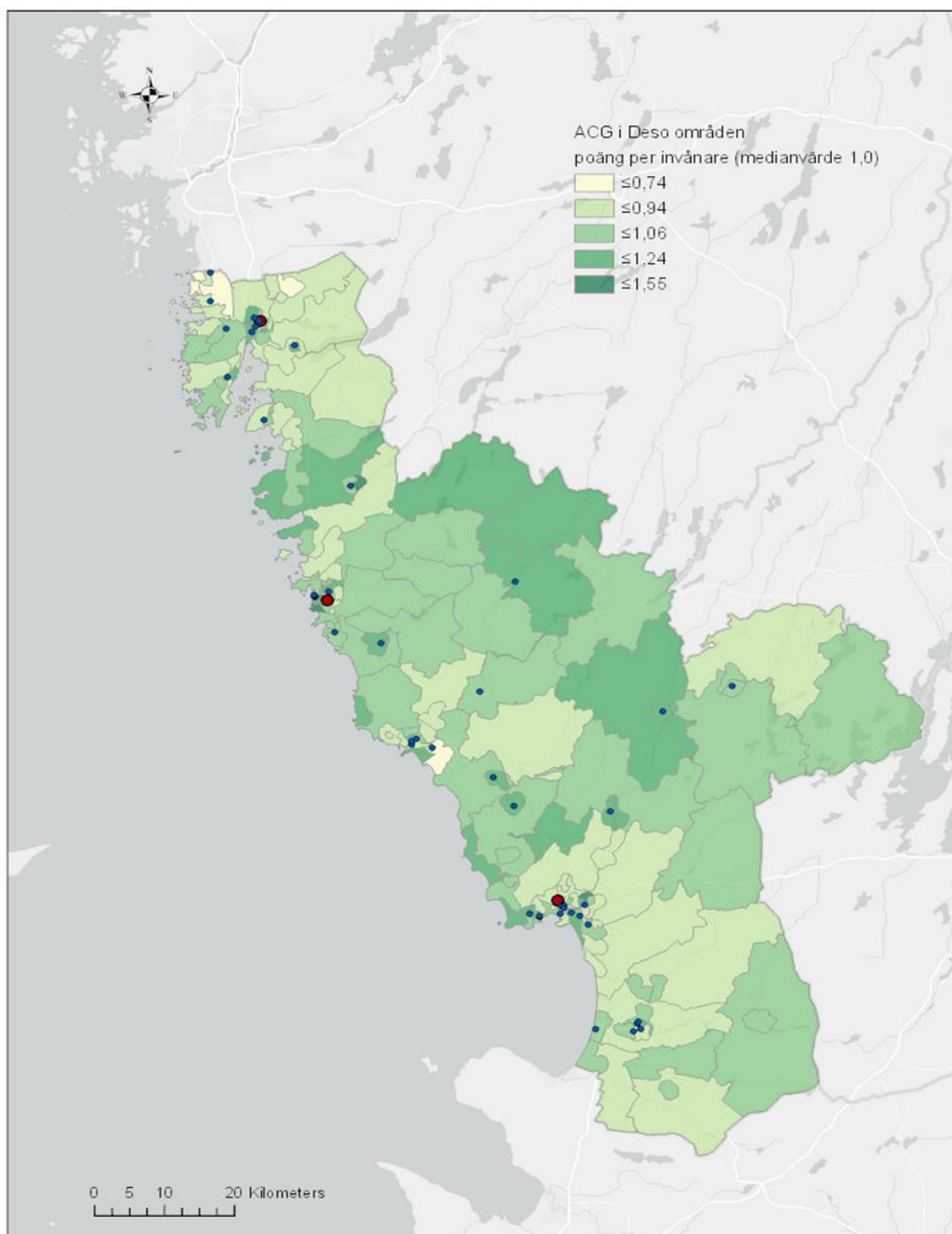
Adjusted clinical groups, vanligen kallat ACG, är ett relativt mått på sjukdomsburda vilket innebär att det kan ge en samlad bild av sjukligheten i en population. ACG bygger på samtliga diagnoser som registrerats på patienter som besökt hälso- och sjukvården i Halland de senaste tolv månaderna men är inte kopplat till antalet vårdkontakter eller vårdtillfällen. Det innebär att en patient kan vara i kontakt med vården flera gånger för samma besvär men så länge som diagnoskoden inte ändras räknas åkomman bara en gång enligt ACG.¹⁶ Av både sekretesskäl och bristen på samlade uppgifter finns det inte några kompletta sammanställningar av alla diagnoskoder i Sverige och därför finns det inte heller några nationella jämförelser över ACG.

Bilden nedan visar Hallands ACG fördelat enligt Statistiska centralbyråns (SCB) regionala indelning DeSO.¹⁷ De röda punkterna i kartan visar sjukhus och de blå mindre prickarna visar vårdcentraler. Ett högre index visar på större sjuklighet och Region Hallands medianvärde är justerat till 1,0. Ju mörkare nyans kartan har, desto större beräknad sjukdomsburda finns i området. Generellt kan det sägas att sjukdomsburdan i Halland är relativt jämnt fördelad från norr till söder men med vissa skillnader mellan kustbandet och inlandet. Vid djupare analys av underlaget syns också att skillnaderna kan vara stora inom olika områden i varje kommun. Ibland kan detta förklaras av att det exempelvis förekommer äldreboenden i området vilket då ger större tyngd i ACG-beräkningen.

¹⁵ Region Kronoberg +1 583 invånare, Region Jönköping +2 774 invånare, Region Skåne +15 663 invånare, VGR +16 067 invånare

¹⁶ Diagnoserna kommer från både länssjukvård och primärvård i Halland, men inte från utomlänsvård.

¹⁷ DeSO – Demografiska statistikområden. Den rikstäckande indelningen gäller från 1 januari 2018 och följer läns- och kommungränserna.



Figur 3 Adjusted Clinical Groups Halland 2019

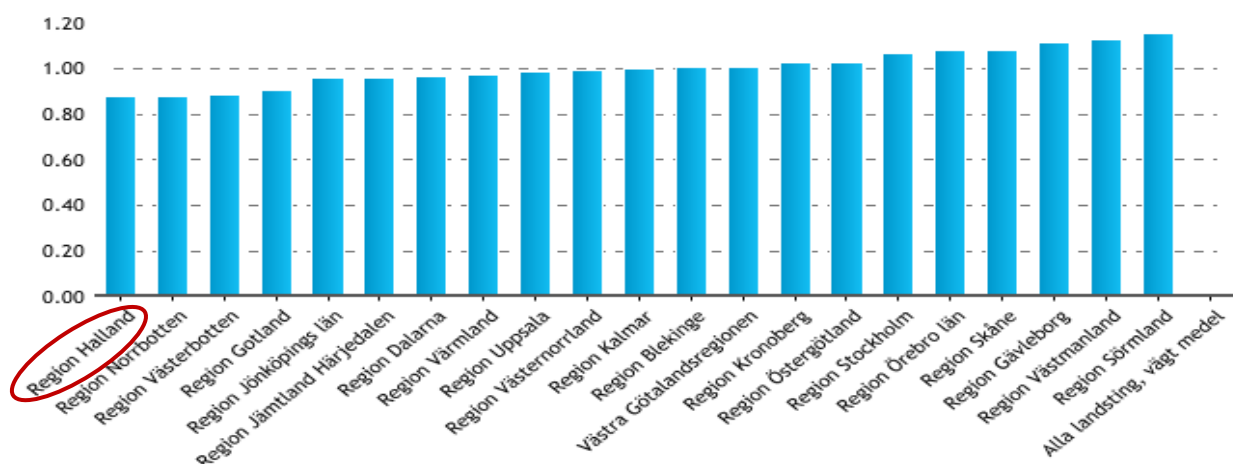
Care need index

Statistiska Centralbyrån (SCB) har identifierat sju socioekonomiska variabler som med evidens går att koppla samman med en förhöjd risk för ohälsa. Care need index, vanligen kallat CNI, är en mätmetod som gör att det utifrån dessa sju variabler går att beräkna risken för ohälsa i ett område. Metoden grundar sig på befolkningsdata från SCB och de utvalda variablerna har graderats av ett stort antal distriktsläkare på skalan 0-9 utifrån hur mycket tid

läkarna bedömer att variablerna påverkar deras arbetsbelastning. Svaren har sedan använts för att skatta variablernas betydelse (deras relativa vikt i förhållande till varandra) och relevansen i svaren har även verifierats av empirisk data. Variablerna som används är: ålder över 65 år och ensamboende; utlandsfödd; arbetslös eller i åtgärd 16-64 år; ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre; person ett år eller äldre som flyttat in i området; lågutbildad 25-64 år; ålder yngre än fem år.

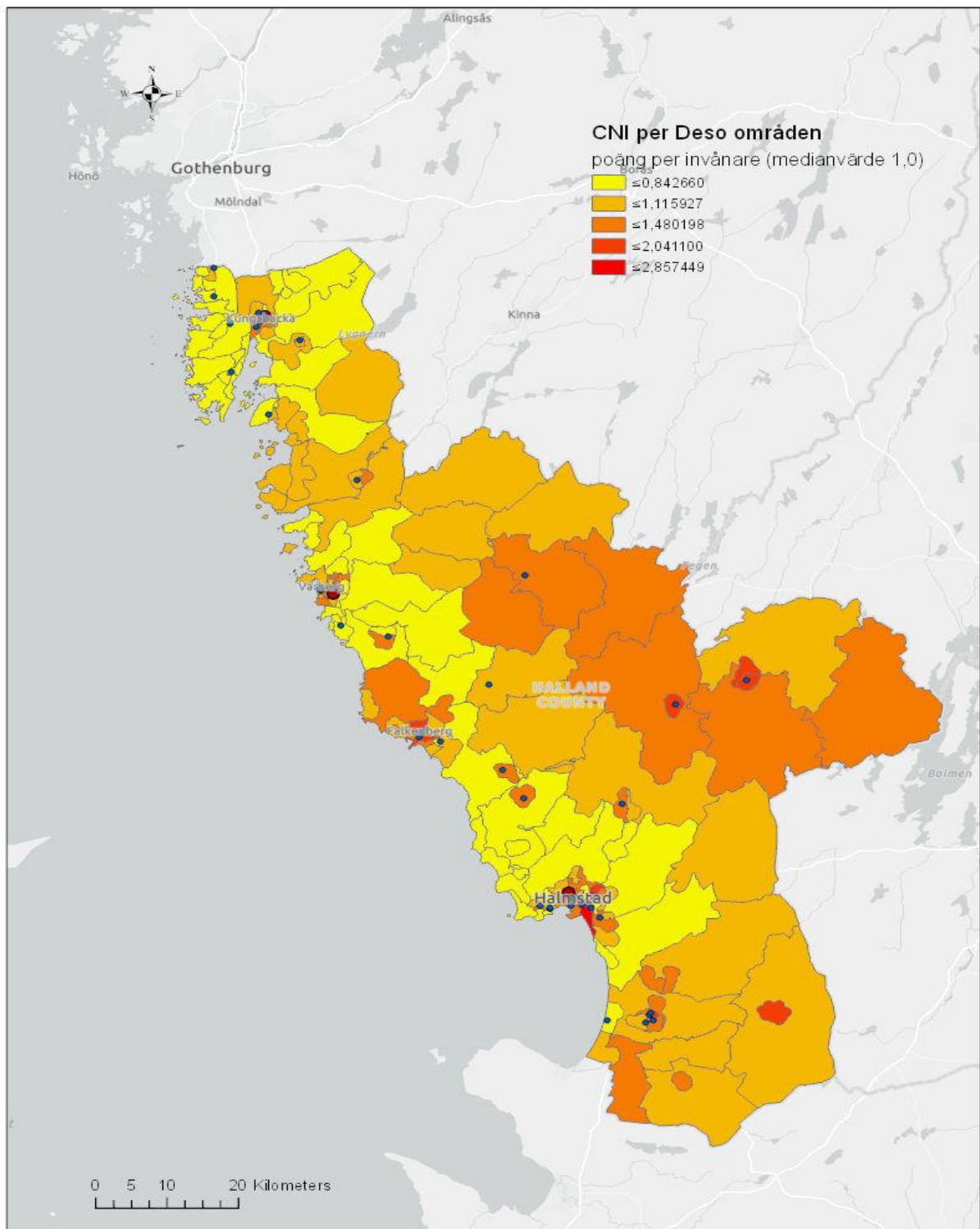
Värt att belysa i resonemang kring CNI är att variablerna som berör ensamstående (ålder över 65 år och ensamstående liksom ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre) delvis är konstruerade, vilket innebär att det krävs att en vuxen person är gift eller har gemensamma barn med en annan person och att de båda är folkbokförda på samma fastighet för att de ska räknas som sammanboende. Är det däremot en vuxen person som enbart är sambo med en annan vuxen utan att ha gemensamma barn så räknas personen i fråga som ensamstående.¹⁸ I Region Halland används CNI som underlag för att beräkna tio procent av hälso- och sjukvårdspengen, dvs. den ersättning som ges till vårdcentralerna per månad för antalet listade invånare. Det är ett känt faktum att personer som bor i socioekonomiskt utsatta områden löper högre risk för sämre hälsa, och tanken med att basera en del av hälso- och sjukvårdspengen på CNI är att kompensera vårdcentralerna för den potentiella mertid de lägger på patienter med hög CNI. I och med att CNI-delen i vårdvalsersättningen inte bär med sig några särskilda villkor finns det dock inga utvärderingar som visar vad vårdcentralerna gör för att arbeta särskilt med dessa grupper och huruvida hälsan faktiskt blir bättre genom att vårdcentralerna får en högre ersättning.

CNI har ett medianmått på 1,0 vilket innebär att ett värde över 1,0 visar att det finns en högre risk för ohälsa och ett värde under 1,0 indikerar en minskad risk för ohälsa. Vid en nationell jämförelse av CNI år 2018 hade Region Halland det lägsta värdet i landet med 0,87 (16).



Figur 4 Nationell jämförelse CNI 2018

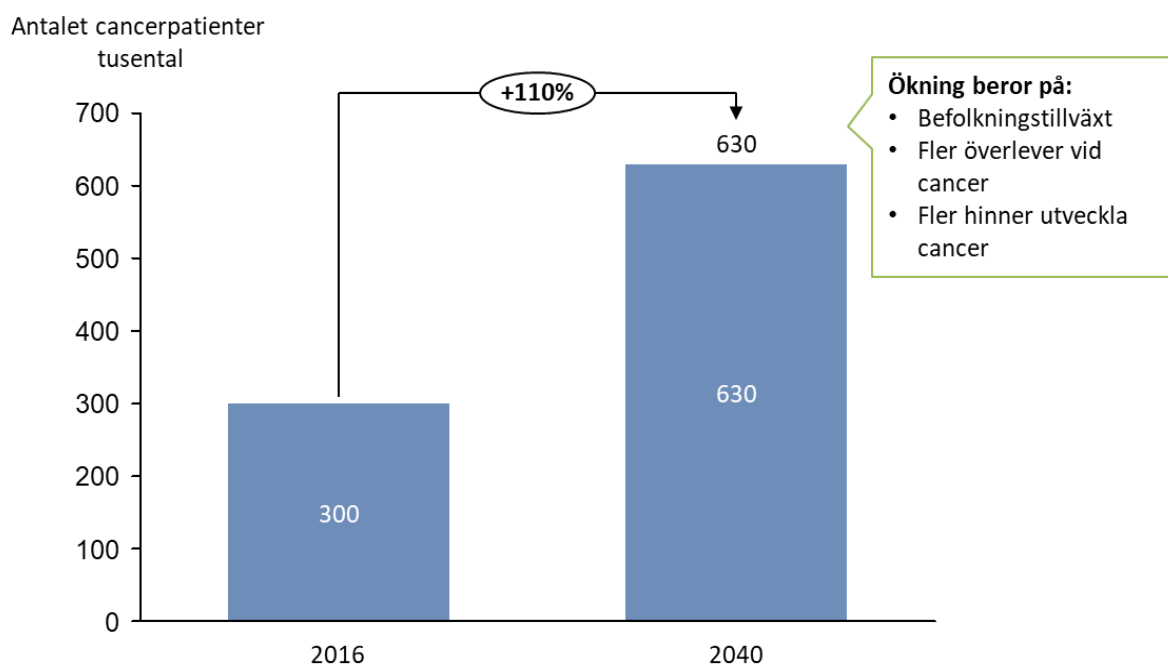
¹⁸ Den nuvarande mätmetodens problem med att räkna in samboskap kan eventuellt lösas genom att använda sig av lägenhetsregister men det finns enligt uppgifter från SCB ingen plan över när denna korrigerings ska genomföras



Figur 5 Care Need Index Halland 2019

De framtida sjukdomarna

En ökande medellivslängd leder förutom till större volymer i högre åldersgrupper också till att invånare riskerar att drabbas av fler sjukdomar under sin livstid. Förbättrade behandlingsmetoder innebär att allt fler sjukdomar botas och i de fall sjukdomen inte kan botas går det idag ofta att leva med sin sjukdom betydligt längre, som ett kroniskt tillstånd. Detta innebär således ett förändrat sjukdomspanorama med en framtida trolig ökning av exempelvis demenssjukdomar och olika cancerdiagnoser. Här krävs ett nytänkande både vad gäller sjukvårdens organisation och resursfördelning.



Figur 6 Antalet cancerpatienter – prognos fram till 2040.

Visar hur många personer som vid ett givet tillfälle har eller har haft cancer inom en given tidsperiod, i detta fall tio år, och som fortfarande lever. Cancerfondsrapporten 2016.

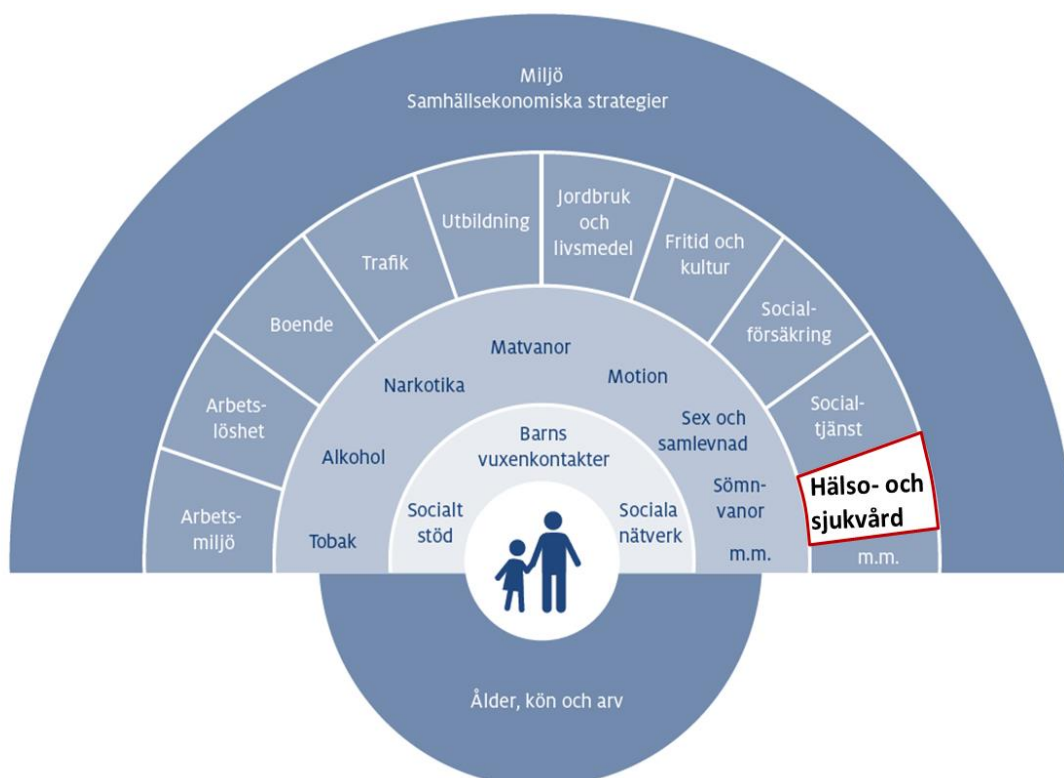
Att arbeta med ett förebyggande perspektiv

Under 1950-talet krävde tandvården i Sverige stora resurser då många i befolkningen hade dålig tandhälsa och frekvensen av karies var hög hos både barn och vuxna. Med hjälp av forskning om vad som orsakade karies påbörjades ett förändringsarbete där bl.a. en folkhälsoupplysningskampanj genomfördes (20). Efter detta följde bl.a. information till föräldrar, undervisning i tandborstning och fluorsköljning i skolorna samt införandet av ”lördagsgodis” som begrepp. Tandvården har under de senaste decennierna gått från ett reaktivt arbetssätt till att arbeta förebyggande och Sverige ligger bland de bästa i världen när det kommer till tandhälsa hos vuxna. Detta visar att ett systematiskt förebyggande arbete även med begränsade resurser kan bidra till att förbättra hälsan.

Tandvårdens arbete kan även appliceras på andra verksamheter, där stora behovsökningar med högsta sannolikhet kommer att ske med tanke på den demografiska utvecklingen men där resurserna inte ökar i samma takt. Vårdbehov idag beror bl.a. på gårdagens levnadsvanor och livsvillkor och ohälsosamma levnadsvanor är kopplade till flera av våra vanligaste folksjukdomar. Forskning visar att vår hälsa påverkas av olika faktorer inom fem områden:

beteendemönster, genetik, socioekonomiska förhållanden, hälso- och sjukvård och miljöfaktorer. I den ordning de nämns har faktorer inom dessa områden visat sig vara orsak till för tidig död (21). Den största bidragande orsaken till ohälsa är således mänskligt beteende, vilket går att påverka. Enligt en rapport från SKR används dock endast en procent av Sveriges hälsoinvesteringar för förebyggande insatser medan ca 25 procent utgörs av klinisk vård. För att kunna göra rätt prioriteringar baserat på de ekonomiska och personella resurser som står till förfogande föreslår SKR att hälsoekonomiska utvärderingar kan vara till hjälp. Dessa kan ingå som en del av beslutsunderlagen för att förändra resursfördelningen mellan olika inriktningar i vården. Samma rapport påpekar dock att det inte är säkert att minskad sjuklighet i befolkningen direkt kan överföras till minskade kostnader för hälso- och sjukvården då behoven i viss mån är oändliga men att prevention kan vara den bästa strategin för att öka folkhälsan och samtidigt minska kostnadsökningstakten (22).

I Region Halland arbetar förvaltningarna med förebyggande arbete. Närsjukvården har t. ex. ansvar för hälsosamtal för 40-åringar samt för barnhälsovården (BVC) som ska främja barns hälsa och utveckling. Ambulans, diagnostik och hälsa (ADH) genomför screeningverksamhet som t. ex. mammografi, gynekologisk cellprovtagning och ultraljud för aortaaneurysm. Hos ADH finns även kvinnohälsovården som ansvarar för graviditetsövervakning, råd och stöd. Ett annat exempel på preventiva åtgärder är ungdomsmottagningarnas arbete med att främja sunda levnadsvanor.



Figur 7 Hälsans bestämningfaktorer.

Hälso- sjukvården är en liten pusselbit bland de faktorer som påverkar individens hälsa (61).

Utredningen noterar särskilt:

- Både sjukdomsburden (ACG) och risken för sjuklighet (CNI) är relativt jämnt fördelad över Halland, dvs. inga delar i länet avviker kraftigt från övriga delar.
- I framtiden förväntas fler invånare drabbas av fler slags sjukdomar och allt fler sjukdomar förväntas bli kroniska tillstånd istället för dödliga.
- Nationellt sett används en mycket liten del av hälsoinvesteringarna till förebyggande arbete, samtidigt som det förebyggande arbetet är av stor betydelse för både folkhälsan och ekonomin.

Nationell och internationell utblick

Enligt uppdragsbeskrivningen från Regionstyrelsen ska utredningen beakta både nationella och internationella perspektiv. Ett antal svenska regioner samt några andra länder som tagit fram strategier eller redan har genomgått egna strukturförändringar har därför studerats med syfte att dra lärdomar av hur de har hanterat utmaningar av den art som både Sverige i stort och Region Halland står inför.

Sjukvårdssystemet i Sverige är uppdelat på fyra nivåer med primärvården¹⁹ som den breda basen (23). Primärvården är också det område till vilket allt mer fokus kommer att riktas i framtiden efter färdigställandet av utredningarna om God och nära vård.

Nationell högspecialiserad vård

- Offentligt finansierad vård som bedrivs vid som mest fem sjukhus i landet och där endast ett fåtal vårdgivare i landet kan uppfylla kraven på kompetens, tillgänglighet och arbete i multidisciplinära team.

Regionsjukvård

- Vård som till största del utförs på Sveriges sju universitetssjukhus men som inte tillhör nationell högspecialiserad vård.

Länssjukvård

- Vård som bedrivs på Sveriges ca 20 *länssjukhus*, dvs. sjukhus med kompetens och medicinsk utrustning som i princip täcker alla sjukdomsområden.
- Vård som bedrivs på Sveriges drygt 40 *länsdelssjukhus*, dvs. sjukhus som har ett begränsat uppdrag och kan inte utföra all specialiserad vård.

Primärvård

- Vård som bedrivs på Sveriges drygt 1 000 vårdcentraler eller motsvarande mottagningar. Består av hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppenvård ges utan avgränsning när det gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper.

Nationella perspektiv och erfarenheter

För att säkerställa en bred grund utifrån olika perspektiv har utredningen granskat ett representativt urval av andra regioner, såväl regioner med ett liknande befolkningsantal som

¹⁹ I Region Halland benämns primärvården istället närsjukvård

Halland som tätbefolkade storstadsregioner.²⁰ Flertalet regioner har strategier som syftar till att erbjuda sina invånare en god och jämlik vård nära patienten. Regionerna förenas också i att lyfta delar av vården kommer att behöva koncentreras för att kvaliteten ska kunna upprätthållas. Vidare pekar många regioner på vikten av samverkan mellan lokal, regional och nationell vårdnivå.

Region Uppsalas strategi för hälso- och sjukvården syftar till en bättre och mer jämlik hälsa hos invånarna och beskriver en struktur där egenvård ska komma först och där närheten (geografisk, relationell samt tillgänglighetsmässig) ska öka samtidigt som viss vård kommer att behöva koncentreras för att kvaliteten ska bibehållas (24).

Region Blekinge fastslog i sin långsiktiga programplan för hälso- och sjukvården att vård som av olika skäl (kvalitets-, kompetens- eller ekonomiska) inte bör bedrivas på flera ställen ska koncentreras (25). I linje med detta stängde regionen sitt akutsjukhus i Karlshamn under hösten 2016 då det inte ansågs gå att bedriva patientsäker vård eller upprätthålla rätt kompetens. Numera har regionen endast ett akutsjukhus, placerat i Karlskrona, där verksamhet bedrivs dygnet runt. Sjukhuset i Karlshamn bedriver främst planerad öppenvård (exempelvis kirurgi, medicin och ortopedi) samt har en jourcentral för besvär som inte kan vänta tills vårdcentralen öppnar igen (26).

Region Norrbotten ersatte i slutet av 1990-talet Luleås och Bodens sjukhus genom att bygga Sunderby sjukhus. Sjukhuset projekterades utifrån föreliggande behov, men för att hålla budget gjordes under tiden neddragningar av den planerade ytan. Dessa kortsiktiga besparingar ledde i efterhand till att nya utrymmen behövde byggas till, men med markant högre kostnader (27). Detta exempel visar på vikten av en grundlig behovskartläggning där även presumtiva framtida behov vägs in.

Region Kronoberg har två akutsjukhus, ett i Växjö och ett i Ljungby. Då det gamla länsjukhuset i Växjö (Centrallasarettet) bedömts ha svårt att fortsätta anpassas för framtiden har regionen tagit ett inriktningsbeslut om att bygga ett nytt akutsjukhus i Växjö. Planen är att detta ska stå klart 2028 och just nu pågår fördjupade analyser av vårdbehov som kan vara av intresse för Region Halland att ta del av. Region Kronoberg har exempelvis gjort vissa vårdinnehållsanalyser och räknar med att 2033 ha ett minskat antal vård dagar med 27 procent men räknar med nästan en dubblning av besöken inom dagsjukvården. (28)

Region Värmland identifierar i sin utvecklingsplan för framtidens hälso- och sjukvård att vården behöver omorganiseras för att klara framtidens förändrade behov. Exempelvis behöver vården i större grad anpassas till patienternas behov och fungera flexibelt utifrån att förutsättningarna ständigt förändras. Utvecklingsplanen beskriver flexibla vårdnivåer och utbudspunkter med bemanning beroende på aktuella behov. Vårdnivåerna är inte knutna till en byggnad utan utgår från behovet av vård i ett visst område och vilka tjänster som behöver finnas för detta. I planen beskrivs också hur mobila utbudspunkter skulle kunna förbättra

²⁰ I löptexten finns noterat att vissa sjukhus är akutsjukhus. Då det inte finns någon allmänt vedertagen definition för termen akutsjukhus har utredningen valt att inte fördjupa sig i frågan men har låtit informationen finnas med eftersom det på sina ställen har handlat om särskilda uppgifter rörande utvecklingsinsatser hos några regioner.

tillgängligheten till vård i områden som är mer glesbefolkade (29).

Region Stockholm har med sin stora population delvis både andra utmaningar och förutsättningar för sin hälso- och sjukvårdsstruktur än vad Region Halland har. Ambitionen för hälso- och sjukvården i Stockholm är dock formulerad likt den i Halland, vården ska vara trygg, modern och organiseras utifrån patientens behov. Utgångspunkten är att patienter i största möjliga mån ska tas omhand i primärvården istället för att söka vård på akutsjukhus (30; 31). Regionen har ett flertal närakuter som drivs på primärvårdsnivå av både privata aktörer och i regionens egen regi. Syftet med närakuterna är att erbjuda patienterna en vårdnivå som placerar sig mellan vårdcentral och akutsjukhus. Under 2019 fick drygt 90 procent av patienterna på Stockholms närakuter bedömning, utredning och behandling inom fyra timmar och fler än 50 procent kunde lämna närakuten inom två timmar. Vid närakuterna kan patienten därmed få hjälp snabbare, samtidigt som tid frigörs på akutsjukhusen för de patienter som är i behov av vård där.

Region Dalarna har sex sjukhus varav två akutsjukhus: ett i Falun och ett i Mora. 2009 stängdes förlossningsverksamheten vid akutsjukhuset i Mora på grund av rekryteringsproblem och farhågor kring patientsäkerheten. Under 2018 lät man dock utreda möjligheten att öppna förlossningsverksamheten igen. Utredningen gjordes utifrån patientsäkerhet, vårdkvalitet, arbetsmiljö, kostnader och effektivitet. Med hänsyn till patientsäkerheten kom utredningen fram till att ett återöppnande av förlossningsvården i Mora inte vore lämplig utifrån förväntade bemanningsproblem och de bristande möjligheterna till tillräcklig träning för personalen (dvs. för små volymer. Åren innan stängning hade Mora som mest ca 750 förlossningar). Om Moras förlossningsvård hade öppnat upp igen hade en del av befolkningen fått kortare transporttid men detta bedömdes inte väga upp patientsäkerhetsaspekten satt i relation till kompetensförsörjningsproblematiken. En nyöppnad förlossningsverksamhet i Mora ansågs även innebära ökade kostnader och försämra effektiviteten i regionens totala förlossningsverksamhet (32; 33). Akutsjukhuset i Falun hanterade omkring 3200 förlossningar under 2017 med en population som då omfattade drygt 285 000 invånare. (3; 33)

Internationella perspektiv och erfarenheter

I den internationella utblicken har utredningen studerat några nordiska samt några andra europeiska länder som har både likheter och olikheter med svenska förhållanden. Trots att det främst är själva finansieringen och styrningen på nationell nivå som skiljer mellan länderna ger de olika uppläggen intressanta infallsvinklar att jämföra eftersom alla trots detta står inför liknande problem i framtiden. Kompetensförsörjningsfrågor i kombination med tekniska och digitala möjligheter, kravställning politiskt likväl som lagmässigt samt inspel av nya privata aktörer är några av de delar som förenar. Flera länder har genomfört stora strukturförändringar inom hälso- och sjukvårdssektorn, men står inför olika framtida scenarior att hantera. I det mycket tätbefolkade Nederländerna har det genomförts studier på vilket befolkningsunderlag som krävs för att kunna upprätthålla önskvärd nivå av kompetens och därmed patientsäkerhet på ett akutsjukhus. Beräkningarna visar att det krävs mellan 250

000 och 400 000 invånare – vilket motsvarar antalet invånare i Halland – för att det ska uppstå tillräckligt många fall av tillstånd som kräver akutsjukhusets resurser (34). Ett par brittiska studier pekar åt samma håll: en rapport estimerar att det inträffar ett svårare traumafall per vecka i ett underlag om 250 000 invånare (8) och i en annan rapport framkommer det att befolkningsunderlaget behöver vara minst 300 000 invånare för att upprätthålla de olika specialiteter som ett akutsjukhus kräver (35). I Danmark har Sundhetsstyrelsen gjort en liknande bedömning och konstaterar att patientunderlaget per akutsjukhus bör ligga mellan 200 000 och 400 000 personer för att god kvalitet i vården ska kunna upprätthållas (8). Där har, under de senaste tio årens strukturförändringar och skifte till ökad statlig styrning, 40 akutsjukhus blivit 21.²¹ Reformen bedöms ha lett till bättre samordning och en ökad produktivitet i sjukhusvården (36). Sedan millennieskiftet har även Norge gått mot en ökad centraliserad styrning där staten har tagit över ägaransvaret för sjukhusen. Bakgrunden till detta var bl.a. geografiska skillnader i både tillgänglighet och behandling samt långa väntetider men strukturförändringen hade även ett ekonomiskt perspektiv (36). Målet med förändringen var att få en ökad effektivitet, kvalitet och förtroende från befolkningen och förändringen genomfördes därför snabbt med en kort utredningsperiod. Till skillnad från Danmark är det professionen som föreslår vilken vård som bör koncentreras och normmännen har inte kommit lika långt med koncentrationen vad gäller högspecialiserad vård (8).

I södra Norge ligger Östfold Kalnes sjukhus, tre mil från Svinesund utmed E6:an. Inflyttningen påbörjades i slutet av 2015 och ersatte då akutsjukhusen i Moss och Fredriksstad (37). Det är ett akutsjukhus med akutmottagning, operation/ IVA, vårdavdelningar samt samlokalisering med psykiatrin. Sjukhuset har försetts med flera digitala och tekniska lösningar för att effektivisera personalens arbete och möjliggöra att större fokus kan läggas på patienterna. Sjukhuset anges ha en yta på 89 000 m² och ett befolkningsunderlag på ca 317 000 invånare (38; 39). Dock dröjde det knappt två år innan patienttrycket var så mycket högre än estimerat att möjligheten till utbyggnation eller möjligheten att ta över kontorsrum och rum avsedda för utbildning började undersökas. Framst var det akutmottagningen som bedömdes som trångbodd. Det strategiska läget vid motorvägen gör det lätt att ta sig till sjukhuset för både invånare, medarbetare och ambulanstransporter och sjukhuset har en hel del svensk personal, liksom svenska patienter för bl.a. förlossningsvård (40; 41). Kvar i Fredriksstad finns numera psykiatrisk öppen- och slutenvård samt jourcentral på primärvårdsnivå, blodcentral, provtagning och ambulans. Sjukhuset i Moss är numera ett elektivt sjukhus med planerad öppen- och slutenvård inom både kirurgiska och internmedicinska specialiteter samt psykiatri. (39)

Då den politiska kartan ritas om i och med Brexit kan England komma stå inför en enorm framtida kompetensförsörjningsproblematik. Hälso- och sjukvårdssystemet i England, National Health Service (NHS), är offentligt och skattefinansierat. Slutenvård och annan specialiserad vård utförs till största delen av offentliga vårdgivare och primärvården består nästan uteslutande av privata vårdgivare (42). Den specialiserade vården har några vägledande principer om bl.a. tillräckliga volymer samt samordning och koncentration. Detta

²¹ Sammanslagningarna har också resulterat i viss nybyggnation

för att kunna upprätthålla kompetens, säkra tillgången till specialistutbildad personal och ge bättre förutsättningar för fortbildning samt att bästa resultat ska kunna uppnås. Det finns så kallade ”walk-in clinics” och ”Urgent treatment centres” för de invånare som har behov av ett snabbare omhändertagande men för den skull inte behöver akutsjukhusets resurser. Dessa avlastar både husläkare och akutmottagningar (43).

Utredningen noterar särskilt:

- Internationellt syns en trend mot koncentration av specialiserad vård för högre kvalitet och produktivitet.
- Flera länder som gjort strukturförändringar inom hälso- och sjukvården har utgått från att ökade volymer för mindre vanliga ingrepp och åtgärder leder till ökad kvalitet och patientsäkerhet.
- Flera exempel visar på risken med att underskatta behovet av tillräcklig yta för verksamhetens behov.

Kompetens och kvalitet

Att vården är säker är en grundsten i allt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården. En säker vård där förekomsten av vårdskador är låg, handlar ytterst om att skapa en god vård.

Socialstyrelsen anger att grundläggande förutsättningar för en säker vård, och därmed en hög patientsäkerhet, utöver god säkerhetskultur bl. a. innebär en engagerad ledning och en tydlig styrning på alla nivåer samt att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar att utföra sitt arbete. Kompetensförsörjning och kompetensutveckling är således angelägna frågor ur ett patientsäkerhetsperspektiv. (44)

Kompetensförsörjning och kompetensutveckling

I en rapport sammanställd för Socialstyrelsens räkning undersöktes hur ett framtida scenario i sjukvården skulle kunna se ut och vad både invånare och vårdpersonal kan komma att efterfråga. Den framtida sjukvården tros bli mer centraliserad och högspecialiserad men man kommer sannolikt också att behöva satsa mer på både förebyggande och hälsofrämjande insatser. En framgångsfaktor som nämns är gränsöverskridande samarbete och att vara så flexibel att förändringar kan hanteras samtidigt som organisationen utvecklas.

Digitaliseringen kommer att utnyttjas allt mer och blir en naturlig del av arbetet. För att detta ska fungera krävs en omställning av sjukvårdens organisation och arbetssätt (45). Den snabba utvecklingen inom teknik, läkemedel och behandlingar samt tillgången till en ökad mängd data ställer högre krav på ett livslångt lärande vilket utmanar både arbetsgivare och anställda (46).

En stabil kompetensförsörjning är en förutsättning för morgondagens hälso- och sjukvård. Prognoserna för befolkningsförändring, i Halland och Sverige i stort, anger en betydlig ökning av den äldre befolkningen samtidigt som den arbetsföra delen inte ökar i samma omfattning. Det ökade behovet skapar en obalans mellan utbud och efterfrågan av kompetens, vilket utsätter hälso- och sjukvården för ett omfattande omvandlingstryck där mer vård ska levereras av färre medarbetare. Universitetskanslersämbetet (UKÄ) bedömer att sjukvården behöver förbereda sig på ett scenario där det inte går att tillgodose alla delar av framtidens kompetensbehov med ett tillräckligt antal högskoleutbildade (47). Detta innebär att det oavsett ekonomiska förutsättningar inte kommer att finnas personal att anställa.

Kompetensförsörjningen måste därför av nödvändighet lösas med andra tillvägagångssätt än ekonomiska medel. De flesta av Sveriges regioner uppger redan idag brist på grundutbildade sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och barnmorskor. (44) När behandlingsmetoder, professioner och arbetssätt utvecklas så ökar samtidigt behoven av allt mer specialiserad kompetens. Den befintliga bristen på erfarna specialister riskerar därför att tillta, vilket bl.a. försvårar kompetensförsörjningen av jour- och beredskapslinjer. Region Halland har redan en utmaning med att bemanna jour- och beredskapslinjer, framförallt på läkarsidan. De olika klinikerna har oftast både en primärjour (oftast en läkare under specialistutbildning) och en bakjour (en läkare med specialistexamen, överläkare) i tjänst dygnet runt, årets alla dagar. En kartläggning visade att för att få ihop schemat för jourtjänstgöring erbjuder sig seniora läkare emellanåt att vara tillgängliga för konsultationer på sin fritid då den som är schemalagd till bakjour inte alltid har tillräckligt bred kompetens och/eller erfarenhet. En bakomliggande faktor till detta är den subspecialisering som pågår men som också är nödvändig i en allt mer

specialiserad hälso- och sjukvård. (48) Den sammanlagda kostnaden för jour- och beredskapslinjerna vid Region Hallands sjukhus i Halmstad och Varberg uppgick 2019 till omkring 150 mnkr.²² Med bakgrund i ovanstående beskrivna brist på tillgänglig kompetens och att regionen redan idag har svårt att kompetensförsörja flera av sina jour- och beredskapslinjer måste bemanningsproblematiken få en långsiktig helhetslösning för att fungera ur både ett medarbetar- och patientperspektiv.

Socialstyrelsen visar i rapporten *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* på tydliga samband mellan brister i bemanning och kompetens och risken för vårdskador i sjukhusvård. En bemanning med tillräckligt antal personer med adekvat kompetens är associerad med lägre risk för mortalitet och avvikande händelser. (44)

Hälso- och sjukvården är en kunskapsintensiv arbetsplats med en hög akademisk kompetens bland de anställda jämfört med många andra organisationer. Verksamheten är baserad på vetenskaplig evidens och forskning och utveckling är en naturlig del. För de flesta yrkeskategorier inom vården ingår även att vara handledare och utbilda studenter under deras arbetsplatsförlagda utbildning samt att under yrkeslivet kontinuerligt fortbilda sig och uppdatera sin kunskap. För att kunna omhänderta studenter på bästa sätt krävs resurser i form av utrymme, dvs. lokaler, utrustning samt rätt kompetens och tid för handledande personal. Så gott som alla regioner i Sverige anger att de har en utmaning med att få till både utbildningsplatser och handledarresurser. Detta beror bl.a. på kortare framförhållning inför utökning av vissa utbildningar (22). Då hälso- och sjukvården är en verksamhet som är under konstant utveckling måste det i en framtida organisationsutveckling också skapas förutsättningar för ett yrkesmässigt livslångt lärande. I Region Halland handleds varje år ca 1000 studenter inklusive AT-läkare.²³

Patientsäker vård och kvalitet

Direkt kopplat till kompetensförsörjning finns aspekterna med patientssäker vård och vård av god kvalitet. För att det ska finnas ett förtroende för hälso- och sjukvården, både som organisation och för dess personal, behöver invånarna uppleva transparens, ges tillgång till tydlig information, ha möjlighet till kontakt så snart det går och uppleva att de får vård som är både kontinuerlig, säker och av god kvalitet.²⁴ God kvalitet och patientssäker vård är dock inte helt synonyma även om de ofta används tillsammans. I uppdragsbeskrivningen till denna utredning fanns även inkluderat att ta hänsyn till den specialisering som drivs av den medicinska och teknologiska utvecklingens möjligheter. Nedan följer därför en beskrivning av några olika behandlingar, ingrepp och verksamhetsområden som har stor betydelse för förmågan att driva en fungerande hälso- och sjukvårdsverksamhet i Region Halland.

Förlossningsverksamheten på Hallands sjukhus Varberg (HSV) har ett nationellt gott rykte för sin förlossningsvård och sitt BB men saknar egen neonatalvårdsavdelning. Det innebär bl.a. att alla planerade födslar med kända komplikationer förläggs till Hallands sjukhus Halmstad (HSH) som är den enda utbudspunkten i regionen med dygnet-runt-kompetens inom neonatalvård. Det innebär också att vid födslar med oförutsedda komplikationer måste

²² Av 150 mnkr utgjorde personalomkostnader (PO) 50 mnkr. PO omfattar lagstadgade arbetsgivaravgifter 31,42 %, avtalsförsäkringar 0,13 % och avtalspensioner för regioner 14,9 %. Under 2020 uppgår PO-pålägget för regioner till 46,5 %.

²³ 2019 handledes 94 AT-läkare, 94 medicinstudenter, 476 sjuksköterskor på grundutbildning, 70 sjuksköterskor på specialistutbildning, 145 undersköterskor och 90 medicinska sekreterare i Region Halland. Därtill kommer även andra yrkesgrupper så som psykologer, arbetsterapeuter etc. där antalet skiftar från termin till termin.

²⁴ Resultat från medborgarenkäter i Hallandspanelen mars 2020, underlag till Regional utvecklingsstrategi (RUS)

mor och barn transporteras till Halmstad för vård, vilket riskerar att innebära ytterligare komplikationer i en redan utsatt situation. En holländsk rapport pekar mot att den optimala förlossningsverksamheten har tillgång till neonatalkompetens dygnet runt vilket flera svenska aktörer på området håller med om (34; 33). Svenska Barnläkarföreningens neonatalsektion (BLF-SLF)²⁵ har uttryckt det som "[...] nyfödda barn i behov av vård på neonatalavdelning inte ska behöva transporteras till annat sjukhus. Bedriver man på ett sjukhus förlossningsvård ska det på sjukhuset finnas neonatalavdelning." (33) Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI) anser ex. att ett sjukhus med förlossningsavdelning ska ha omedelbar tillgång till specialist inom barnmedicin och neonatalogi vid den enhet som bedriver förlossningsvård (33). Under 2019 hanterade Region Halland totalt 4264 förlossningar, varav 2189 ägde rum vid HSV, ett sjukhus som saknar neonatalvårdsavdelning (49).²⁶ Region Halland som helhet har ett befolkningsunderlag i ungefär samma storleksordning som Sjukhuset Östfold Kalnes, som har en neonatalvårdsavdelning och hanterade 2828 födselar föregående år (39). Med det antal förlossningar som hanteras i Region Halland idag är det rimligt att anta att tillgång till neonatalvård i direkt anslutning till förlossningsenheten både förväntas och är nödvändigt i framtiden.

Effekterna av subspecialiseringen inom läkaryrket påverkar alla verksamhetsområden. Radiologi delas vanligen in i så kallade modaliteter²⁷: slätröntgen (konventionell röntgen), magnetresonanstomografi/magnetrontgen (MR), datortomografi (CT), skintigrafi (nuklearmedicin) och ultraljud (50). På universitetssjukhusen finns vanligen en egen avdelning för varje modalitet. I Region Halland är kunskapen istället mer kopplad till vissa personer som genom subspecialisering blivit väldigt duktiga inom sitt område. Trenden inom radiologisk verksamhet börjar också gå mot att bli mer organindelad, dvs. subspecialiserad gentemot enskilda organ/kroppsdelar och inte utifrån metod. Det beror bl.a. på att önskemålen och förväntningarna från patienter, politiker och allmänheten är att den som utför en undersökning/åtgärd ska vara den bästa lämpade på området. Denna utveckling gör att det blir svårt att upprätthålla den subspecialiserade kompetensen på flera utbudspunkter.

Region Halland har svårigheter att rekrytera specialistutbildad personal inom onkologi vilket enligt utsago från onkologer som tjänstgjort i regionen kan bero på flera saker. En anledning är att det inte finns en egen onkologisk klinik utan istället har den icke-kirurgiska onkologin inkluderats i kirurgkliniken, som finns i både Halmstad och Varberg. Hematologisk cancer (bl.a. olika typer av leukemier) behandlas vid medicinklinikerna i Halland, lungcancer behandlas endast vid lungmedicinenheten HSH och gynekologisk cancer behandlas vid kvinnokliniken (HSH och HSV). En del andra cancerformer behandlas inte alls i Region Halland utan endast vid universitetssjukhusen. Frånvaron av strålbehandlingsmöjligheter i Halland påverkar också rekryteringen av onkologer och alla patienter som är i behov av denna behandling får resa till, alternativt vårdas vid, universitetssjukhusens onkologkliniker eller i Växjö. Detta inverkar på patienternas upplevelser av vården då det innebär extra påfrestningar i form av långa resor och/eller vistelse hemifrån. En aspekt att ta i beaktning är när vissa behandlingar som inte ges i Region Halland ger invånaren akuta, men ofta förväntade, komplikationer som kräver onkologisk behandling på jourtid. Frånvaron av en gemensam onkologisk klinik gör att omhändertagandet sker på olika enheter med varierande

²⁵ Svenska Neonatalföreningen är en delförening i Barnläkarföreningen

²⁶ 2016 och 2018 var förlossningsverksamheten i Varberg den största i Sverige utan direkt tillgång till neonatalvård och 2019 hanterade Varbergs sjukhus det näst största antalet förlossningar i Sverige utan direkt tillgång till neonatalvård.

²⁷ Inom hälso- och sjukvården är modalitet att likställa med metod. Här avses således behandlingsmetoder inom radiologi (röntgen).

onkologisk kompetens att vårda dessa patienter. Detta medför risker i patientsäkerhet och ett ojämnt omhändertagande (51). För att kunna upprätthålla kompetens och skaffa sig erfarenheter av att behandla dessa komplikationer på bästa sätt krävs bl.a. tillräckliga volymer och tillgång till expertis inom området.

Region Hallands enhet för kärlikirurgi är placerad vid HSH. Där finns en mottagning och ett interventionslabb där många åtgärder numera utförs polikliniskt, dvs. i öppenvården. Enheten bemannas av tre kärlikirurger samt att det finns specialistkompetens hos övrig personal på både den kärlikirurgiska mottagningen och i slutenvården. Akuta fall transporteras om möjligt till HSH och annars tas de omhand vid HSV, men då inte av en kärlspecialist. Ett exempel på en akut behandling som hanteras av kärlikirurger är brustet pulsåderbräck i buken (rupturerat bukaortaaneurysm) och dessa är sällan aktuella för förflyttning i det akuta skedet. 2019 utfördes tio sådana operationer vid HSH och två vid HSV jämfört med 2018 då HSH gjorde tre och HSV sju.

Det är endast vid HSH som ballongvidgning av kranskärl (PCI)²⁸ utförs i Region Halland. Patienter som kommer till HSV och är aktuella för denna typ av behandling blir transporterade till Halmstad för åtgärd och kan sedan transporteras tillbaka till Varberg för eftervård, vilket innebär dubbla transporter och fördröjd tid till behandling för patienten. Vid denna typ av behandling finns en viktig tidsaspekt att förhålla sig till då en snabbare behandling efter sjukdomsdebut leder till snabbare och bättre återhämtning. Under 2019 utfördes totalt 574 PCI-behandlingar vid HSH. Som rutin transporterar ambulanssjukvården i Region Halland patienter med misstanke om akut hjärtinfarkt i första hand till HSH förutom patienter som befinner sig i Kungsbackaområdet som istället transporteras till Västra Götalandsregionen (VGR).

Slutenvård för urologi i Region Halland finns sedan några år tillbaka endast vid HSV. Mottagningsverksamheten finns dock vid både HSH, HSV och HSK. För patienter som söker vård i Halmstad och behöver vårdas ineliggande innebär det överflyttning, oftast med ambulanstransport, till avdelningen i Varberg.

När en verksamhet koncentreras till en utbudspunkt påverkas även omkringliggande verksamheter och deras upprätthållande av kompetens, exempelvis genomförande av vissa undersökningar, som då också behöver koncentreras. Det är nationellt svårt att rekrytera specialister och överläkare inom urologi. Vid HSV har koncentrationen av slutenvården inneburit att antalet operationer har ökat med bättre kvalitet och kortare operationstider som följd, samt att det finns bättre förutsättningar för utbildningsplatser och handledning.

Den nationella trenden för rektalcancerkirurgi är centralisering. Andelen operationer på mellanvolym sjukhus, motsvarande HSV samt HSH, minskar. (52) Bakgrunden till denna centralisering är att fler operationer ger större erfarenhet, vilket resulterar i skickligare kirurger. Om komplikationer tillstöter vid rektalkirurgi kan annan spetskompetens behövas och det finns större möjlighet att samla sådan kompetens genom nivåstrukturering. Med en sammanslagning av den rektalkirurgi som utförs vid HSV och HSH nås en volym om ca 40 patienter per år för resektion av primärtumören²⁹, vilket är i samma storleksordning som majoriteten av de svenska vårdenheter som utför denna typ av kirurgi.

²⁸ Percutaneous coronary intervention

²⁹ 2019 utfördes 15 rektalkirurgier vid HSH och 24 vid HSV, vilket ger ett snitt på drygt 1/månad för HSH och 2/månad för HSV

Psykiatrin har i dagsläget akut- och slutenvård på både HSH och HSV men har svårt att bemanna jourverksamheterna fullt ut på grund av kompetensbrist. Enligt LPT (lag om psykiatrisk tvångsvård)³⁰ krävs att en så kallad tvåläkarprovning görs inom 24 timmar för att en patient ska kunna vara tvångsinlagd. För den psykiatriska akutsjukvårdsprocessen innebär detta att legitimerad läkare i primärjour och specialistläkare bakjour ska skriva vårdintyg (53). När primärjournen skrivit ett första vårdintyg för patienten ska således bakjournen ta ställning till uppgifterna och skriva sitt intyg. Som en effekt av svårigheterna att kompetensförsörja jourlinjen har den psykiatriska akutsjukvården dock ibland AT-läkare som primärjour. Då AT-läkaren inte ännu är legitimerad har hen inte möjlighet att skriva vårdintygsbedömningar. Då kan Hallandsjournen³¹ behöva kallas in för att detta led i verksamheten ska fungera. En koncentration av den psykiatriska akutsjukvården skulle minska risken för bristfällig bemanning av legitimerad personal. Psykiatriförvaltningens bedömning är att en samlad verksamhet hjälper till att förbättra tillgänglighet såväl som kvalitet för både patienter och medarbetare.

Ambulanssjukvården har under åren förändrats från att vara en organisation fokuserad på transport av de mest akut sjuka till att idag ha ett tydligare fokus på vård och bedömningar av en bredare grupp av patienter. Parallellt med detta har det skett en kompetensökning, tillförsel av tekniska hjälpmedel samt behandlings- och undersökningsmetoder som gjort ambulanssjukvården mer avancerad än tidigare. Behovet av ambulanssjukvård bedöms öka i framtiden, framför allt på grund av det kommer att finnas allt fler äldre invånare och att gruppen multisjuka patienter kommer att växa, liksom att patienterna är mer pålästa och ställer krav på att snabbt och effektivt få vård redan innan de kommer till ett sjukhus. I framtiden kan ambulanssjukvården förväntas behöva utföra mer avancerad vård under längre transporter för att komma till rätt vårdnivå (specialistvård, primärvård eller kommunal vård) (54). Framtiden för ambulanssjukvården går med stor sannolikhet mot ett ökat fokus på bedömningar och hänvisningar. Samverkan med primärvård, psykiatrin, kommuner och andra aktörer utanför slutenvården kommer att intensifieras i linje med vad som beskrivs i utredningarna om *God och nära vård*. Detta kommer också medföra ett ökat fokus på prehospitala undersökningar och diagnostik. Exempelvis kommer tekniska hjälpmedel så som videokonsultationer med specialistkompetens eller digitala/automatiserade beslutstöd samt medicinska åtgärder så som röntgen och blodprovsanalyser att användas. I Region Halland har verksamheterna inom ASH (ambulanssjukvården, 1177 VPT och sjukresor) stor betydelse för krisberedskap och civilt försvar. Bedömning är att det inom ett femårsperspektiv kommer att ställas högre krav på förmågan att hantera olika kriser som ex. PDV (pågående dödligt våld) samt civilt försvar.

Utredningen noterar särskilt:

- Den demografiska utvecklingen innebär att vård till fler patienter ska levereras av färre medarbetare.
- Kompetensförsörjningen är hälso- och sjukvårdens största framtida utmaning.
- Bristen på erfarna specialister kommer att öka, framförallt på läkarsidan, vilket försvårar kompetensförsörjningen av bl.a. jour- och beredskapslinjer.
- Nationellt går trenden för den mer specialiserade vården mot koncentration, s.k. nivåstrukturering.
- Med högre kompetens och avancerad utrustning inom ambulanssjukvården kommer avstånd till sjukhus inte vara lika avgörande i framtiden

nyligen påbörjade lokalförsörjningsplanen. Därtill har utredningen haft i uppdrag att ge förslag på en struktur som kan möta den förändrade efterfrågan på vård som är säker, effektiv och levererar goda medicinska resultat. I detta kapitel tar utredningen upp såväl internationella målsättningar, ekonomiska förutsättningar och nuvarande fastigheter i Region Halland.

Agenda 2030

Genom visionen om *Halland – Bästa livsplatsen* har regionen en hög målsättning, i vilken det också är en naturlig del att bidra till att målen för Agenda 2030 uppfylls.³² Agendan gäller för alla länder och alla måste arbeta gemensamt för att avskaffa extrem fattigdom, minska ojämlikheter och orättvisor i världen, främja fred och rättvisa samt att lösa klimatkrisen. Sett ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är det främst målen om ”God hälsa och välbefinnande” samt ”Minskad ojämlikhet” som är aktuella att arbeta mot. Som hälso- och sjukvårdsaktör har regionen en särskild roll som direkt påverkar hälsa och överlevnad genom att exempelvis erbjuda hälso- och sjukvård för alla, inklusive läkemedel och vacciner. Region Halland strävar, utifrån sitt breda uppdrag, efter att erbjuda både hälso- och sjukvård och transportmöjligheter med kollektivtrafik på många utbudspunkter och därmed uppnå minskad ojämlikhet bland invånarna, oavsett bostadsort. Regionen har även en roll som aktör inom kulturen som också den kan anses vara hälsofrämjande³³. Att arbeta med en flexibel och utvecklad hälso- och sjukvårdsverksamhet är en grundsten i Hallands framtid. Med erfarenheterna från coronapandemin har det också blivit mer tydligt hur näringslivet kan stödja hälso- och sjukvården och att vårdens utveckling är en del av den regionala utvecklingen – allt med invånarnas bästa i fokus (55; 56).

Ytterligare fyra globala mål med bäring på en framtida hälso- och sjukvårdsstruktur är de om hållbarhet: ”Hållbar energi för alla”, ”Hållbar industri, innovationer och infrastruktur”, ”Hållbara städer och samhällen” samt ”Hållbar konsumtion och produktion”. Här kommer parametrar som byggnader, transport och teknik in. Vad gäller *hållbar infrastruktur* är det inte alltid ambulanssjukvårdens och sjukresornas resurser behöver tas i bruk för att patienter och invånare ska nå något av Hallands sjukhus för akut eller specialiserad vård. Invånare kan själva ta sig till Region Hallands nuvarande sjukhus på flera olika sätt. 130 000 invånare når något av regionens befintliga sjukhus inom tio minuter med bil och samtliga invånare når ett sjukhus inom en timme. Vid färd med kollektivtrafik når 30 000 invånare ett sjukhus inom tio minuter men det tar mer än två och en halv timme för samtliga invånare att komma fram via detta transportsätt.

Region Hallands befintliga sjukhus ligger således placerade relativt långt från tågstationerna i Kungsbacka, Varberg och Halmstad och åker patienterna tåg behöver de därefter ta annan transport från tågstationen till sjukhuset. Ur ett hållbarhetsperspektiv och med koppling till det globala målet ”Bekämpa klimatförändringarna” går det att reflektera över huruvida det är miljömässigt godtagbart att i framtiden inte ha närhet till god kollektiv transport för att nå ett

³² Agenda 2030 antogs av världens stats- och regeringschefer 2015 och består av 17 globala mål för hållbar utveckling.

³³ I verksamhetsplan 2020 har förvaltning Kultur och Skola uppdrag kopplade till hälso- och sjukvårdsförvaltningarnas verksamhet.

sjukhus i Halland? Det gäller för både patienter/invånare vid enstaka besök och behandlingar liksom för personal som pendlar varje dag. Se tabell 1 för jämförelse av siffror.

Ekonomi

Sett över tid har Region Halland en god skatteunderlagsutveckling. Det beror framför allt på den goda utvecklingen av medelinkomst och den höga förvärvsfrekvensen samt att fler flyttar till än från Halland. En långvarig och omfattande inflyttning leder till god tillväxt i regionen och påverkar skatteunderlagsutvecklingen positivt. Näringslivet i regionen domineras av små och medelstora företag vilket gör näringslivet mindre känsligt för konjunktur- och strukturförändringar och som gör att Halland historiskt sett klarat sig förhållandevis väl över konjunkturscyklar. Behovet av välfärdstjänster utifrån demografisk utveckling ökar i takt med att hallänningarna lever längre och andelen äldre ökar mer än andelen i arbetsför ålder. Det innebär att färre ska försörja fler (försörjningskvot) vilket påverkar Region Hallands ekonomi i allra högsta grad.³⁴ Gapet mellan intäkter och kostnader är i särklass den största utmaningen för de kommande 20 åren – inte bara i Halland utan för hela den offentliga sektorn i Sverige.

Region Halland har goda förutsättningar i arbetet med att bibehålla en ekonomi i balans då det inte finns några balanskravsresultat att återställa. Förvaltningar och nämnder har bidragit med bra resultat och samtidigt sänkt kostnadsökningstakten. Närmare dialoger, samsyn och realistiska budgetar samt stort handlingsutrymme inom respektive verksamhetsområde är en del av ett hållbart och framgångsrikt arbetssätt. I linje med detta hanterar regionen den totala finansieringen, där bl.a. statsbidrag ingår, som en del av medlen för att uppnå de långsiktiga strategier och prioriteringar som regeringen har gjort (57; 58).

Nuvarande fastigheter

Hållbarhetsmålen från Agenda 2030 som nämnts ovan är också aktuella för Region Hallands fastighetsbestånd. ”Hållbar energi”, ”Hållbar industri, innovationer och infrastruktur”, ”Hållbara städer och samhällen” samt ”Hållbar konsumtion och produktion” går alla att applicera på hälso- och sjukvårdens byggnader och lokaler. I SOU 2020:15³⁵ konstateras att den förväntade utvecklingen av sjukdomar och behandlingsmöjligheter kommer att generera nya patientgrupper, vilket ökar belastningen på hälso- och sjukvården men som också borde innebära att patientens genomsnittliga tid på sjukhus kan förkortas. Teknisk utveckling och ökad digitalisering ger möjlighet till nya arbetssätt samtidigt som medicinteknisk utrustning kan vara både tung och svår att flytta medan viss utrustning är lätt och mobil. Patienttryck, behandlingsformer och utrustning ställer alla krav på sjukvårdens lokaler vad gäller ex. ytor och bärighet i operationssalar, men även mobil utrustning ställer krav på lokaler vad gäller flexibilitet och anpassning till moderna krav (23).

I Region Halland är delar av sjukhusen över 100 år gamla.³⁶ Skicket på nuvarande byggnader och lokaler medför svårigheter att snabbt anpassa dem till omfattande och oförutsedda händelser. Ett exempel på detta är från coronapandemin under våren 2020 då det blev tydligt att syrgasledningarna på Hallands sjukhus Varberg (HSV) inte var dimensionerade för det

³⁴ Se även under rubriken *Demografisk utveckling*

³⁵ SOU 2020:15 *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården – lärdomar från exemplet NKS*

³⁶ ”Klockhuset” på Hallands sjukhus Halmstad (HSH) invigdes 1915 och Hallands sjukhus Varberg (HSV) stod klart 1972

som plötsligt krävdes. Rent praktiskt innebar det att syrgasledningarna inte hade klarat av att möjliggöra högflödesbehandlingar på vårdavdelningarna i höghuset om så hade behövts. Regionen var därför tvungen att bygga om lokalerna inför ett scenario med högt patienttryck där högflödesbehandlingen hade behövt ges på annan avdelning än IVA³⁷.

Region Hallands fastighetsavdelning lät under 2016/2017 genomföra en byggnadsinventering av de tre sjukhusområdena och klassificerade därefter det fastighetstekniska behovet i fyra kategorier. Det finns byggnader som behöver rivas, rivas eller totalrenoveras inom fem år, byggnader som kräver en investering för att fortsätta fungera samt byggnader som inte kräver någon åtgärd inom de närmsta 15 åren. De byggnader som kräver en total ombyggnation eller behöver ersättas av nybyggnation kallas för planeringsbyggnader. För att estimerade vad en total ombyggnation eller rivning kostar används schablonsummor, men dessa inkluderar exempelvis inte evakueringsbyggnader. Värt att betänka är att evakuering inte bara innebär en ekonomisk kostnad utan också är en extra belastning för den aktuella verksamheten som normalt bedrivs i byggnaderna och även påverkar stödprocesser så som transporter, materialhantering och leveranser. Enligt byggnadsinventeringen finns det planeringsbyggnader på alla tre sjukhusorter och berör exempelvis akutmottagningen i Halmstad, mottagningsbyggnaden i Kungsbacka och stora delar av huvudbyggnaden på Varbergs sjukhus. En grovt uppskattad summa för nybyggnation av de byggnader som i dagsläget klassas som planeringsbyggnader uppgår till drygt 7 miljarder kronor³⁸ fördelat på ett femtonårsperspektiv, dvs. fram till 2035. Region Hallands lokalförsörjningsplan är planerad för beslut under Q4 2021, varpå olika förstudier kommer att starta utifrån planerade deletapper. Dock kan ett beslut om förstudieuppdrag gällande höghuset vid HSV eventuellt behöva fattas redan under 2021.

Ett nytt alternativ för en mer hållbar framtid

I och med att stora delar av sjukhusbyggnaderna i regionen har ett konstaterat dåligt skick och inte heller kan anses vara moderna och flexibla har utredningen undersökt ett alternativ med ett nytt akutsjukhus i regionen. Ett sådant sjukhus skulle kunna byggas och anpassas till framtidens krav med tekniska och digitala möjligheter som grund samtidigt som organisation och vårdinnehåll hade kunnat anpassas efter estimerade framtida volymer och kända fakta kring vårdkvalitet. Att ta ett nytt akutsjukhus från idé till genomförande bedöms kunna ske under en tioårsperiod, men kräver samtidigt en viss reinvestering i befintliga sjukhusområden i syfte att dessa ska kunna vara i funktion under tiden. Med ett nytt akutsjukhus, förslagsvis centralt placerat i länet och med goda kommunikationer för både bil och kollektivtrafik, skulle de befintliga akutsjukhusen HSH och HSV kunna minska ner sin yta och bli ”närsjukhus” riktade mot specialiserad öppen- och slutenvård i likhet med HSK. Med ett nytt sjukhus i regionen når 162 000 invånare ett sjukhus inom tio minuter med bil medan tillgängligheten med kollektivtrafik inte förändras markant utan kvarstår som ett förbättringsområde i behov av andra åtgärder.

³⁷ Intensivvårdsavdelningen

³⁸ I summan ingår planeringsbyggnaderna för HSH, HSV och HSK samt medicinteknisk utrustning. Osäkra, ej kostnadsberäknade parametrar så som evakueringsbyggnader och reinvestering i övriga byggnader ingår ej.

| Restid i minuter, bil | Antal invånare som når HSK, HSV och HSH | Antal invånare som når HSV, HSK och HSH + HSN ³⁹ |
|-----------------------------------|---|---|
| 10 | 130 000 | 162 000 |
| 20 | 224 000 | 264 000 |
| 30 | 308 000 | 312 000 |
| 40 | 326 000 | 328 000 |
| 50 | 333 000 | 333 000 |
| 60 | 335 000 | 335 000 |
| | | |
| Restid i minuter, kollektivtrafik | | |
| 10 | 30 000 | 36 000 |
| 20 | 100 000 | 120 000 |
| 30 | 159 000 | 189 000 |
| 40 | 200 000 | 233 000 |
| 50 | 249 000 | 270 000 |
| 60 | 277 000 | 289 000 |
| 70 | 302 000 | 307 000 |
| 80 | 309 000 | 316 000 |
| 90 | 323 000 | 325 000 |
| 100 | 327 000 | 328 000 |
| 110 | 329 000 | 330 000 |
| 120 | 330 000 | 331 000 |
| 130 | 332 000 | 332 000 |
| 140 | 333 000 | 333 000 |
| 150 | 334 000 | 334 000 |
| 160 | 334 000 | 334 000 |
| 170 | 334 000 | 334 000 |
| 180 | 334 000 | 334 000 |
| 190 | 334 000 | 334 000 |
| 200 | 335 000 | 335 000 |

Tabell 1: Avstånd till sjukhus med bil samt kollektivtrafik

Som nämnts tidigare i utredningen har ett nytt sjukhus byggts i norska Kalnes och för 20 år sedan byggdes Sunderby sjukhus i Norrbotten. När Sunderby sjukhus stod klart var det på en yta om ca 100 000 m² och ytan för Kalnes sjukhus ligger på runt 90 000 m². Sunderby sjukhus har funnit sig trångbudda och håller just nu på att bygga ut sitt sjukhusområde med ytterligare 20 000 m² (59). Även Kalnes har rapporterats trångbott och ser över sina möjligheter till expansion. Med detta som bakgrund gör utredningen bedömningen att ett nytt och modernt akutsjukhus på runt 100 000 m², för en befolkning som inom tjugo år beräknas till 400 000 invånare, är i underkant.

Det är inte möjligt att avgöra exakt hur stor yta ett nytt akutsjukhus i Halland skulle behöva innan en ordentlig projektering genomförs. Region Kronoberg beslutade nyligen att uppföra ett nytt akutsjukhus i Växjö. Utredningen har tagit del av schablonberäkningarna för det nya sjukhuset i Kronoberg och använt dem för att estimerat kostnaderna för ett nytt akutsjukhus i Region Halland. Förstudien i Region Kronoberg har använt 40 000 kr/m² som riktmärke och

³⁹ HSN står för Hallands sjukhus Nytt. Beräkningar av körtid från punkter med folkbokförda personer i Halland. Befolkningsmängden är uttagen i augusti 2020 och avrundad till 335 000 invånare. Alla avrundningar i tabellen är till närmsta tusental. I tiderna för kollektivtrafik finns inberäknat tid för att också gå till närmsta hållplats.

har räknat fram en yta om 105 000 m² för det nya sjukhuset. Beräkningarna av den totala nybyggnadsytan i Region Kronoberg har utgått från dagens yta på Centrallasarettet, minus ytor i P-hus och garage samt minus vakanta ytor. Region Kronoberg har även gjort antagandet att ytorna kommer att kunna effektiviseras och optimeras på ett bättre sätt vid byggandet av ett helt nytt sjukhus än vid en fortsatt utveckling av Centrallasarettet. Denna effektiviseringspotential har beräknats till fem procent i kalkylunderlagen. Storleken på det nya sjukhuset i Växjö uppgår i beräkningarna till 105 000 m². Som jämförelse är HSH ca 138 000 m², HSV ca 113 000 m² och HSK ca 30 000 m². Om Region Kronobergs beräkningsmodell för ytor appliceras på Region Halland blir resultatet: (138 000 m² + 113 000 m²) 251 000 m² – 5052 m² för P-hus HSH. Vid inventering har inga vakanta ytor hittats i Region Halland. Utifrån det ska en yteffektivisering beräknas om fem procent vilket innebär 12 550 m² och resulterar i 233 398 m² totalt. Utredningen har tittat på ett scenario där HSH och HSV behåller viss del av sin nuvarande yta och minskas till ungefär samma storlek som HSK, dvs. till ca 40 000 m² vardera.⁴⁰ Det gör att utredningen har räknat på 233 398 m² – (2x40 000 m²) = 153 398 m². Med addering av ett P-hus (5052 m²) och ytterväggar avrundas ytan till ca 170 000 m². Med hänsyn tagen till den osäkerhetsaspekt som finns utan reell projektering torde det vara rimligt att utgå från att ett nytt akutsjukhus i Region Halland skulle behöva en yta på mellan 105 000 m² och 170 000 m². Enligt tabellen nedan innebär det att ett nytt akutsjukhus kan förväntas hamna inom spannet 7–10 miljarder kronor.

| Kostnadspost | 105 000 m ² + reinvesteringar | 170 000 m ² + reinvesteringar |
|--|---|---|
| Produktionskostnad nytt sjukhus | 4200 mnkr | 6800 mnkr |
| Medicinteknisk utrustning | 840 mnkr | 1360 mnkr |
| Reinvestering HSH | 570 mnkr | 570 mnkr |
| Reinvestering HSV | 1000 mnkr | 1000 mnkr |
| Reinvestering HSK | 300 mnkr | 300 mnkr |
| Summa investeringar (exkl. osäkra, ej kostnadsberäknade parametrar) | 6 910 mnkr | 10 030 mnkr |

Tabell 2: Preliminära kostnadsberäkningar för nytt sjukhus i Region Halland

Reinvesteringarna i nuvarande byggnader krävs oavsett storlek på nytt akutsjukhus för att verksamheten ska kunna fungera under produktionstiden. De översiktliga åtgärdsområdena innefattar bl.a. lokalanpassning av infektionskliniken och akutmottagningen på HSH, ersättning av uttjänta lokaler (inkl. höghuset) på HSV och en ny mottagningsbyggnad på HSK.

För nybyggnation tillkommer sedan kostnader för markförvärv, markberedning, anslutningsavgifter (VA, el, telefoni, fiber etc.), utredningskostnader för dricksvattenförsörjning, anläggningskostnader för dricksvattentäkt/magasin, infrastruktur/allmän platsmark utanför fastighetsgräns, IT (utöver den som ingår i

⁴⁰ HSK behöver en ny mottagningsbyggnad och kan behöva utökas för att täcka behoven i framtiden. En total yta utifrån framtidens befolkningsökning beräknas landa på ca 40 000 m².

bygginvesteringen), rivning av befintliga byggnader samt anpassning av befintliga byggnader till ny struktur.⁴¹

Slutsatserna som kan dras av det beskrivna scenariot med ett nytt akutsjukhus är att det är troligt att kunna räkna med en viss yteffektivisering men att erfarenheterna från andra strukturförändringar visar att det är bättre att räkna för högt än för lågt vad gäller volymen till dess att en utförlig projektering kunnat göras. Vid en projektering bör en bred intressegrupp konsulteras för att samla in behov på både patient-/invånarsidan liksom personal- och arbetsgivarsidan. Ju längre regionen skjuter upp en långsiktig, strategisk plan för hälso- och sjukvården, inkl. fastighetsbeståndet, desto högre kommer de oundvikliga renoveringskostnaderna att bli. Det är därför bra att reflektera över regionens förutsättningar och vad som blir dyrast i längden, utifrån ett ekonomiskt såväl som kvalitetsmässigt perspektiv.

Utredningen noterar särskilt:

- För en miljömässigt hållbar framtid krävs närhet till god kollektiv transport och energieffektiva fastigheter.
- Hallands sjukhus har akuta, omfattande renoveringsbehov i främst Halmstad och Varberg där byggnaderna på vissa ställen är över 100 år gamla.
- Oavsett struktur måste regionen genomföra stora investeringar i sina fastigheter.

⁴¹ De övergripande planerna för regionens fastighetsbestånd behandlas i de parallella utredningarna *Lokalförsörjningsplan del A-C* med förväntad slutrapport under 2021. Alla närmare detaljer kring Region Hallands fastighetsbestånd, den exakta statusen per byggnad samt mer precisa förslag kring hur dessa bör hanteras behandlas där.

Utredningens förslag och rekommendationer

”Man kan göra en prognos så gott det går, men snarare än att arbeta med prognoser handlar det idag om att bestämma hur man vill att samhället ska se ut år 2030. Och sedan vidta åtgärder för att nå dit”

Citatet (60) handlar om infrastruktur och framtida transportfrågor i Sverige men kan lika passande appliceras på en strukturutredning för morgondagens hälso- och sjukvård. Med dagens tempo för både teknisk utveckling och nya behandlingsformer är det svårt att ge säkra svar på vad som kommer att vara möjligt i framtiden. Trots svårigheten att göra säkra prognoser är en hel del känt kring exempelvis vilka framtida sjukdomar som samhället kommer att behöva planera för. Dagens struktur är varken på nationell eller på regional nivå riggad för detta. Situationer som med coronaviruset under 2020 har prövat inte bara Sverige utan världen i stort. Det visar på vikten av att hälso- och sjukvårdsstrukturen utöver robusthet även måste kunna visa flexibilitet och uthållighet.

Utredningens uppdrag var att lämna förslag på en struktur som kan möta den förändrade efterfrågan på vård som är säker, effektiv och levererar goda medicinska resultat. Särskild hänsyn skulle tas till hälso- och sjukvårdslagens krav på vårdkvalitet, effektivitet och patientsäkerhet, och nationella så väl som internationella erfarenheter skulle vägas in. Utredningen skulle också beakta det ekonomiskt hållbara perspektivet och belysa ifall att det nya förslaget på hälso- och sjukvårdsstruktur påverkar nuvarande organisationsstruktur.

En av de prioriteringar som Regionfullmäktige beslutade om i hälso- och sjukvårdsstrategin är att *Samla specialiserad vård för kvalitet och samordningsvinster*. Utifrån detta samt baserat på redovisade faktorer som nationell utveckling, en framtida kompetensbrist och hur den påverkar både vårdkvalitet och patientsäkerhet, liksom status för nuvarande sjukhusbyggnader ur både kvalitets-, hållbarhets- och arbetsmiljöperspektiv, presenteras här ett förslag till för Region Hallands framtida hälso- och sjukvårdsstruktur.

För att ta Halland framåt som en trygg, säker och medskapande region som bedriver ”En hälso- och sjukvård för bättre hälsa”⁴² föreslår utredningen att:

- Halland ges fyra sjukhus: ett centralt placerat, komplett akutsjukhus med möjlighet att ta hand om och behandla alla de akuta sjukdomstillstånd som inte kräver universitetssjukvård. Därtill tre närsjukhus med möjlighet att ta hand om och behandla vissa akuta tillstånd under dagtid samt med viss kirurgisk verksamhet och specialistmottagningar.
- Varje sjukhus kompletteras med så kallade ”närakuter”, vilka samlokaliseras med sjukhusen för att på primärvårdsnivå bidra till att ge invånarna tillgång till trygg och säker vård med hög kvalitet.

⁴² Det övergripande målet i Region Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi 2017-2025

Därtill föreslås att uppdraget MHSS förlängs med fördjupningsuppdrag för att:

- Utredda en möjlig fördelning av vilken vård som primärt bör bedrivas på vilken ort i Region Halland utifrån det samlade halländska behovet, beräknade volymer och tillgång till kompetens.
- Se över primärvårdens roll och utbud i förhållande till framtida förutsättningar och politiska visioner. Däri ligger en genomlysning av den nuvarande vårdvalsmodellen i förhållande till regionens ambitioner för framtiden.
- Utredda möjligheterna för större samverkan med kommunerna kring hälsofrämjande insatser.

Utredningen förordar förslaget utifrån följande parametrar:

Kvalitet och patientsäkerhet – Fler patienter per vårdenhet ger ökad erfarenhet och högre kvalitet för mer sällan förekommande ingrepp och åtgärder.

Kompetensförsörjning – Färre utbudspunkter för specialiserad akutsjukvård optimerar möjligheterna att tillgodose behoven av spetskompetens och erbjuda invånarna komplicerad specialistsjukvård av hög kvalitet.

Tillgänglighet – Fler utbudspunkter för öppen specialiserad vård gör att regionen kommer närmre invånaren, vilket gör det lättare för patienter och invånare att komma rätt. En utbyggd Nära vård går helt i linje med den nationella inriktningen.

Fastigheter – Med ett nytt modernt sjukhus kan regionen bedriva en ändamålsenlig och flexibel hälso- och sjukvård i linje med Nära vård och Agenda 2030, vilket nuvarande sjukhusbyggnader med omfattande renoveringsbehov inte kan uppfylla.

Hållbarhet – En miljömässigt hållbar framtid i linje med Agenda 2030 kräver energieffektiva fastigheter och närhet till god kollektiv transport.

Region Halland har ofta befunnit sig i framkant för utveckling och initiativ inom hälso- och sjukvården i Sverige och placerar sig alltid bland de främsta kvalitetsmässigt. För att ha möjlighet att fortsätta leverera goda resultat och se till det långsiktigt bästa för invånare och medarbetare är det inte längre möjligt att skjuta frågorna framför sig. Invånarantalet kommer att växa. Sjukdomspanoramata kommer att förändras. Byggnaderna håller inte.

Kompetensbristen börjar redan synas. Den struktur som föreslås är i enlighet med de krav som ställdes i uppdragsbeskrivningen och utgår från invånarnas behov och evidensbaserad kunskap. Genom en ny och modern struktur för hälso- och sjukvården har Region Halland också goda möjligheter att påverka framtiden och bidra till att de globala målen i Agenda 2030 uppfylls.

Alternativet skulle innebära att befintlig hälso- och sjukvårdsstruktur i Region Halland kvarstår. Det finns fördelar även med regionens nuvarande system och det ska naturligtvis finnas med i varje beaktande att förändringar under en period kan medföra

produktionsbortfall liksom viss oro i verksamheten på grund av exempelvis ändrade rutiner och förutsättningar. Nackdelarna med nuvarande struktur ligger främst i kvalitetsaspekten och i kompetensförsörjningen kopplat till två utbudspunkter specialiserad akutsjukvård. Kompetensförsörjningen är, och kommer även fortsatt att vara, vårdens största utmaning nationellt. (48) Halland kommer sannolikt att få svårt att upprätthålla specialistkompetens i framtiden, mot bakgrund av att patientvolymerna ofta är för små för att spridas på två utbudspunkter.

En koncentration till ett akutsjukhus medför rimligen en påverkan på nuvarande organisationsstruktur och denna fråga innefattas i det fördjupningsuppdrag som utredningen föreslår. Halland ges dock med utredningens förslag bättre förutsättningar att fortsätta leverera en hälso- och sjukvård med god tillgänglighet och mätbart hög kvalitet, som även med morgondagens utmaningar kommer att vara trygg och säker för invånarna. *Halland – Bästa livsplatsen!*

Förslag

Region Halland väljer en struktur med ett nytt akutsjukhus, närsjukhus på tre orter och ökade möjligheter att arbeta strategiskt med kompetens- och kvalitetsbehoven för att möta en framtid i förändring och en växande population.

Alternativ

Region Hallands nuvarande struktur kvarstår med befintliga byggnader/utbudspunkter och befintligt verksamhetsupplägg.

Referenser

1. www.halmstadshistoria.se.
2. www.museumhalland.se.
3. www.scb.se.
4. *God och nära vård – Vård i samverkan, SOU 2019:29.*
5. *Hallands hälso- och sjukvårdsstrategi 2017-2025.*
6. *Hälso- och sjukvårdsdrag (2017:30).*
7. *Vården i siffror.*
8. *Träning ger färdighet, SOU 2015:98.*
9. *Effektiv vård, SOU 2016:2.*
10. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild, SOU 2017:53.*
11. *God och nära vård – En primärvårdsreform, SOU 2018:39.*
12. *God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem SOU 2020:19.*
13. *Digifysiskt vårdval SOU 2019:42.*
14. www.skr.se.
15. *Region Hallands flyttstudie 2016.*
16. *Öppna jämförelser 2018, En god vård, Socialstyrelsen.*
17. www.regionfakta.com.
18. *Skånes Befolkningsprognos 2019-2028.*
19. www.vgregion.se.
20. *Tandhälsans utveckling i Sverige och Östergötland under 1900-talet. Några fakta: Aronsson K, Ordell S, Aldin C. Folkhälsovetenskapligt centrum, Landstinget i Östergötland, 2009. Rapport 2009:4.*
21. *We can do better – improving the Health of the American People, av Steven A. Schroeder, The New England journal, 2007.*
22. *Ekonomirapporten maj 2019 SKR.*
23. *Strukturförändring och investering i hälso- och sjukvården, SOU 2020:15.*
24. *Region Uppsala, Effektiv och nära vård 2030, 2018.*
25. *Programplan Framtidens hälso- och sjukvård, Blekinge, 2016.*
26. *Samtal med Helén Andersson, utvecklingsstrateg Region Blekinge, 2019-12-06 .*
27. *Samtal med Gunnar Persson, tidigare bl.a. landstingsdirektör Region Norrbotten, 2020-01-09 .*
28. www.regionkronoberg.se.
29. *Region Värmland Utvecklingsplan för framtida hälso- och sjukvård 2016.*

30. *Budget 2019 för Region Stockholm.*
31. *SLL framtidsplan del 1.*
32. *www.regiondalarna.se.*
33. *Region Örebro hälso- och sjukvårdsnämnd mars 2019.*
34. *Kvaliteitsvisie spoedeisende zorg, hoofdrapport 2013.*
35. *Royal college of surgeons in England, 2006.*
36. *Strukturreformer i hälso- och sjukvårdssystem, Vårdanalys 2014.*
37. *www.f-b.no.*
38. *www.arkitema.com.*
39. *www.sykehuset-ostfold.no.*
40. *www.gp.se.*
41. *www.stromstadstidning.se.*
42. *Primärvårdens resurser, styrning och organisation, Vårdanalys, 2017.*
43. *The NHS Long Term Plan, 2019 .*
44. *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet, Rapport 2018, Socialstyrelsen.*
45. *Attraktionskraft – konsten att attrahera och behålla unga, Kairos Future, 2018.*
46. *Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden, Kairos future, 2019.*
47. *Framtidens behov av högskoleutbildade, Rapport: 2019:23, Universitetskanslersämbetet.*
48. *www.socialstyrelsen.se.*
49. *Svenska graviditetsregistret 2019.*
50. *Södersjukhuset, Diagnostisk radiologi 2017-09-15.*
51. *Samarbete för bättre vård, Delprojekt 12, Samverkan i onkologisk vård för att möta framtidens kompetensförsörjningsbehov, Södra regionvårdsnämnden.*
52. *Rektalcancer 2019 - Nationell kvalitetsrapport för år 2019 från Svenska Kolorektalcancerregistret.*
53. *Lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård.*
54. *Riksföreningen för ambulanssjusköterskor och svensk sjuksköterskeförening: Kompetensbeskrivning Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen med inriktning mot ambulanssjukvård.*
55. *Arbetsbok Agenda 2030 Glokala Sverige, 2019.*
56. *www.globalamalen.se.*
57. *Region Halland årsredovisning 2019 .*
58. *Region Halland Mål och budget 2021-2023.*

59. www.norrboten.se.

60. *Dagens Nyheter* 20200116: Citat av Christer Ljungberg, vd Trivector (strategiska transportfrågor).

61. *Folkhälsomyndigheten - modifiering från Dahlgren, G, Whitehead, M. Policies and strategies to promote social equity in health, WHO, 1992.*