



REGION
KRONOBERG

Andreas Liljenrud

Regiondirektör

andreas.liljenrud@kronoberg.se

Utredningsuppdrag avseende intraprenadliknande bolagisering för Ljungby lasarett och vårdcentralerna i västra länsdelen

2024-11-19

www.regionkronoberg.se

Inledning

Regionstyrelsen uppdrog § 139/2024 åt regiondirektören att undersöka möjligheten att utreda en intraprenadliknande bolagisering för Ljungby lasarett och vårdcentralerna i Ljungby tillsammans med kommunerna i västra länsdelen i samband med att rapporten Samplanering av vårdens innehåll presenterades för regionstyrelsen.

Den här rapporten beskriver det underlag som den politiska styrgruppen har fått ta del av under utredningsarbetets gång, samt styrgruppens rekommendationer.

Politisk styrgrupp

Den 22 augusti 2024 bildades en politisk styrgrupp bestående av kommunstyrelsernas presidier i Ljungby, Älmhults och Markaryds kommuner, regionstyrelsens presidium och hälso- och sjukvårdsnämndens presidium i syfte att utreda ovanstående uppdrag. Regiondirektören, hälso- och sjukvårdsdirektören, samt kommunchefer och kommundirektör har utgjort stöd till den politiska styrgruppen.

Arbetet har utgjort en transparent process genom att mötesanteckningar och presentationer från det politiska styrgruppsmötet har upprättats och en särskild sida på Region Kronobergs hemsida skapades för att öka insynen i utredningsarbetet.

Den politiska styrgruppen har träffats 4 gånger under hösten 2024. Vid styrgruppsmötena har följande frågor redogjorts för och diskuterats:

- Möjliga juridiska driftformer för sjukhusvård – omvärldsbevakning av möjliga samarbetsformer.
- Grundförutsättningar för sjukhusvård
- Redovisning av ekonomiska förutsättningar – finansiering, och kostnadsfördelning för sjukhusvård.
- Redovisning av bemanning och budget för följande verksamhetsområden; förebyggande/hälsofrämjande arbete, skola och socialtjänst vid Ljungby och Markaryds kommun.
- Verksamheter som föreslås ingå i fördjupat samarbete (kommun, region och privat)
- Erfarenheter från vårdbolaget Tiohundra.

Därutöver har regionstyrelsens presidium träffat företrädare för näringslivet i de tre kommunerna vid några tillfällen för information och möjligheter att ta emot synpunkter.

Grundförutsättningar för sjukhusvård

Inledningsvis fanns det anledning att beskriva grundförutsättningar för att bedriva akutsjukvård i Kronobergs län, redovisa de ekonomiska förutsättningarna för de båda sjukhusen, samt bemanning och kompetensförsörjning av verksamheten för den politiska styrgruppen. Detta för att öka förståelsen för den utmaning Region Kronoberg och övriga regioner står inför.

Information har lämnats till den politiska styrgruppen vid dess möten för att lägga en grund för de gemensamma diskussionerna om en gemensam organisationsform alternativt starkare samarbetsstrukturer.

Är det möjligt att separera de båda sjukhusen?

Region Kronoberg arbetar med konceptet ”Ett sjukhus med två adresser” som omfattar 200 000 kronobergare - Lasarettet Ljungby och Centrallasarettet Växjö. Region Kronoberg tillhör södra sjukvårdsregionen.

Region Kronobergs sjukhusvård är organiserad i gemensamma kliniker med omfattande samarbeten mellan sjukhusen. Sjukhuschefen är chef för båda sjukhusen. Båda sjukhusen är akutsjukhus men barnakuten är placerad i Växjö. Sjukhusvården består av 20 kliniker med drygt 3 200 medarbetare som bedriver specialiserad hälso- och sjukvård på Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett.

Under utredningsarbetets gång har frågor väckts huruvida det är möjligt att helt dela på Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett. Med utgångspunkt i den verksamhet som bedrivs i Växjö och Ljungby har frågan besvarats av förvaltningen vid styrgruppsmöte den 31 oktober 2024.

För att fortsätta ge en god, effektiv och patientsäker vård, behöver de båda sjukhusen fortsätta jobba tillsammans, även vid en delning. Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett är förhållandevis små sjukhus båda två och har ett stort beroende till varandra. En delning av de båda sjukhusen skulle medföra mycket köp- och säljverksamhet mellan verksamheterna, eftersom klinikerna inte kan stå var och en för sig. Enheterna är i nuläget för små för att bli egna verksamheter. Personalmässigt blir det små och sårbara enheter som på sikt kan minska attraktiviteten.

Verksamheter i form av medicinsk service, klinisk patologi, bild- och funktionsmedicin m.fl. servar båda sjukhusen (dvs hela sjukhusvården). Därutöver finns regionövergripande stöd i form av regionstabens avdelningar, regionservice och regionövergripande fastighet, IT m.m. som stödjer all verksamhet inom Region Kronoberg.

Klinisk kemi, patologi, ambulans m.fl. servar flera verksamheter än bara sjukhusvården. De bistår även primärvården, privata vårdgivare och psykiatri,

till viss del. Stora delar av den medicinska utrustningen finns på Centrallasarettet i Växjö. De gemensamma laboratorierna kommer fortsättningsvis kräva stora investeringar och ett ökat kompetensbehov för att möta kommande utveckling inom sjukvården. En delning av de båda sjukhusen försvårar och fördyrar med största sannolikhet det regionövergripande uppdraget eftersom det inte är kopplat till de enskilda sjukhusen som sådana, utan fler verksamheter.

Övriga tillkommande tjänster som beräknas tillkomma vid ett scenario där de båda sjukhusen separeras helt är ca 17 tjänster i form av verksamhetschefer och avdelningschefer för de verksamheterna som delas, sjukhusledning med stabsstöd i form av HR, ekonomi och sekreterare.

Övriga regiongemensamma verksamheter som tillkommer vid en delning av sjukhusen eller om sjukhusvården på ett av sjukhusen bedrivs i en annan organisationsform är följande:

- Politisk ledning
- Stabsfunktioner såsom kansli, HR, ekonomi, kommunikation, utbildning och forskning
- Regionservice uppdrag inom fastighetsförvaltning och byggprojekt, lokalvård, måltidsförsörjning och logistik.

Slutsats delning av de båda sjukhusen

Den samlade bedömningen är att det är en mindre bra lösning att dela de två sjukhusen till två separata enheter med samma uppdrag som idag utifrån det faktum att Region Kronoberg är ett litet län med 200 000 invånare, att de båda sjukhusen är förhållandevis små och har ett stort beroende av varandra, samt att det sannolikt skulle bli dyrare för Region Kronoberg och ytterst skattebetalarna i Kronobergs län.

Ur ett krisberedskapsperspektiv finns det idag behov av två sjukhus i Kronobergs län, eftersom varje sjukhus vart och ett för sig utgör en för liten enheten. Ett sjukhus räcker inte till för all den verksamhet som sker inom hälso- och sjukvården idag. Däremot finns det ur ett krisberedskapsperspektiv anledning att se över de verksamheter som är sårbara i dagsläget. Robustheten minskar ju högre beroende som finns till hyrpersonal. Hyrpersonalen är inte anställd av Region Kronoberg vilket innebär att de inte kan krigsplaceras i vår verksamhet.

Utmaningar inom ekonomi och bemanning

Sjukhusvården som sådan har stora utmaningar för en ekonomi i balans och stora rekryteringssvårigheter. Prognosen för 2024 för sjukhusvården inom Region Kronoberg på de båda sjukhusen är beräknad till minus 219 miljoner kronor.

Fördelat på de två sjukhusen finns en grov ekonomisk uppskattning fördelat enligt följande, enligt redovisning vid styrgruppsmöte den 31 oktober 2024:

Ljungby lasarett:

- Nettokostnad utfall: 894 miljoner kronor (23%)
- Budget: 835 miljoner kronor
- Budgetavvikelse: -59 miljoner kronor
- Personalkostnad: 418 miljoner kronor
- Hyrpersonal: 52 miljoner kronor (andel: 12 % av personalkostnaderna)

Centrallasarettet i Växjö:

- Nettokostnad utfall: 2 999 miljoner kronor (77%)
- Budget: 2 777 miljoner
- Budgetavvikelse: -222 miljoner kronor
- Personalkostnad: 1 658 miljoner kronor
- Hyrpersonal: 91 miljoner kronor (andel: 5,5 % av personalkostnaderna)

Sjukhusvården är i dagsläget hyrberoende på båda sjukhusen, störst andel hyrpersonal finns vid Ljungby lasarett. På intensivvårdsavdelningen i Ljungby 2023 var andelen egen personal 57 %.

Precis som övriga regioner står Region Kronoberg inför omfattande utmaningar för att kompetensförsörja de båda sjukhusen. Trots stora rekryteringskampanjer och budgettillskott från regionstyrelsen utgör kompetensförsörjningen ett betydande problem för att kunna hålla vissa verksamheter öppna mot bakgrund av att bristen på kompetens har bäring på patientsäkerheten. Sjukhusvården är i dagsläget hyrberoende på båda sjukhusen, störst andel hyr finns vid Ljungby lasarett.

Juridiska förutsättningar för sjukhusvård och möjliga organisationsformer för samverkan mellan kommuner och region

Det här avsnittet beskriver en sammanfattning av vilka juridiska förutsättningar som finns för en sjukvårdshuvudman att bedriva alternativa driftformer för ett akutsjukhus tillsammans med andra parter, med möjlighet att lägga in annan verksamhet som huvudmännen överenskommer.

Vad tillåter gällande lagstiftning?

Lagregleringen av regionernas och kommunernas möjligheter att organisera hälso- och sjukvården finns i huvudsak i hälso- och sjukvårdslagen. HSL ger i

stor utsträckning regionerna och kommunerna stor frihet att organisera hälso- och sjukvården.

En region får i dag sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen. Sedan den 1 juli 2007 har regionernas möjligheter att överlämna driften av regionsjukhus, regionkliniker och sjukhus till annan.

För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning skall det finnas sjukhus, enligt hälso- och sjukvårdslagen. Vård som ges under intagning benämns sluten vård. Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för befolkningens behov av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Vilka vanliga driftformer finns det för sjukhusvård i omvärlden?

Nedan beskrivs några exempel på liknande modeller för sjukhusdrift i andra länder:

1. Den norska hälso- och sjukvården är baserad på ett offentligt finansierat system, och de flesta sjukhus drivs av staten eller kommunerna. Privata och ideella sjukhus utgör en mindre andel av sjukvårdssektorn.
2. Finland har en kombination av offentliga och privata sjukhus, och olika modeller kan användas beroende på region och behov.
3. Den danska hälso- och sjukvården är mestadels i offentlig regi. Regionerna i Danmark ansvarar för driften av sjukhusen i respektive område. Vissa sjukhus drivs av samägda bolag och erbjuder konkurrensutsatt vård.
4. Storbritannien har (National Health Service) en offentligt finansierad och förvaltdad hälso- och sjukvårdstjänst som erbjuder vård till alla medborgare. Det är ett exempel på en nationell hälso- och sjukvårdsmodell där staten är huvudaktör.
2. Tyskland har en blandning av offentliga och privata sjukhus. Privata aktörer kan driva sjukhus, och det finns också ideella organisationer som är involverade i sjukvården.
3. Nederländerna har en sjukvårdsmodell som kombinerar offentliga och privata aktörer. Patienter har valfrihet att välja mellan olika vårdgivare.

Vilka driftformer finns för sjukhusvård i Sverige?

Sverige har en blandning av offentliga och privata sjukhus. Avtalsvård och offentlig-privat samverkan är vanliga driftsformer.

De driftformer som finns för sjukhus i Sverige idag beskrivs nedan:

- Drift i regionernas egen regi - detta är den vanligaste modellen i Sverige.
- Bolag - de största privata aktörerna på vårdmarknaden i Sverige är Praktikertjänst, Aleris och Capio. Capio driver Sveriges enda privata akutsjukhus, S:t Görans sjukhus i Stockholm på uppdrag av Stockholms läns landsting (SLL)
- Avtalsvård - privata vårdgivare ingår avtal med regioner för att utföra vårdtjänster. Detta kan omfatta allt från operationer till rehabilitering.
- Offentlig-privat samverkan (OPS) - en kombination där privata aktörer bygger, äger och driver sjukhus eller vårdinrättningar i samarbete med det offentliga.
- Ideell sektor - ideella organisationer kan driva sjukhus, ofta med fokus på specifika områden som rehabilitering eller palliativ vård.
- Stiftelser och föreningar - vissa sjukhus drivs av stiftelser eller föreningar, med inriktning på att främja hälsa och vård.
- Övriga juridiska former som är möjliga är gemensamma kommunalförbund eller nämnder som driver gemensamt sjukhus. Dessa former kan i sin tur bilda bolag.

Driftsformerna för ett akutsjukhus är ofta beroende av lokala förhållanden och behov i regionerna. För det fall en samverkan avseende ett akutsjukhus med eventuellt fler kommunala verksamheter etableras bedöms organisationsformen kommunalförbund som mest ändamålsenligt, utifrån regionstyrelsens uppdrag (RS § 139/2024). Formerna för ett kommunalförbund regleras i 9 kapitlet i Kommunallagen.

Mot bakgrund av detta har modellen som bedrivs av vårdbolaget Tiohundra varit referensmodell i den diskussionen som har förts i den politiska styrgruppen.

Intraprenadliknande bolagisering

Av regionstyrelsens uppdrag framgår termen ”intraprenadliknande bolagisering”. Begreppet som sådant finns inte som juridisk form, men kan anses ge uttryck för en organisationsstruktur där en offentlig verksamhet, såsom ett sjukhus, drivs mer likt ett privat företag.

Generella möjligheter med organisationsstrukturen inom sjukhusvården kan vara:

- Ökad självständighet
Verksamheten får mer frihet att fatta egna beslut om drift, personal och ekonomi. Detta kan leda till snabbare beslut och anpassning till lokala behov.

- Starkare resultatansvar
Verksamheten ansvarar för sina ekonomiska resultat och mål. Detta kan öka incitamentet att arbeta effektivt och leverera god kvalitet.
- Egen styrelse och ledning
En egen styrelse och ledning tillsätts för att driva verksamheten vilket kan medföra ett ökat fokus på ett begränsat uppdrag.
- Konkurrensutsättning
Organisationen kan konkurrera med andra vårdgivare, både privata och offentliga. Detta kan leda till ökad kvalitet och effektivitet.
- Kontroll och tillsyn
Trots ökad självständighet finns fortfarande tillsyn från den offentliga sektorn. Verksamheten måste följa lagar, regler och kvalitetsstandarder.

Generella utmaningar för organisationsstrukturen inom sjukhusvården kan vara:

- Dubbla roller
Att balansera rollen som offentlig vårdgivare och företag kan vara komplicerat. Verksamheten måste fortfarande uppfylla offentliga mål samtidigt som den strävar efter effektivitet och lönsamhet.
- Risker med vinstintresse
Om organisationen fokuserar för mycket på vinst kan det påverka kvaliteten och prioriteringarna.
- Kultur och förändringsmotstånd
Att införa en ny organisationsstruktur kan möta motstånd från personal och ledning.
- Ökad administration
Organisationsformen kan medföra ytterligare en nivå av administrativt arbete, inklusive ekonomisk rapportering och styrning.

Vårdbolaget Tiohundra

Bakgrunden till regionstyrelsens uppdrag avseende intraprenadliknande bolagisering tog sin grund i den modell som tillämpas i vårdbolaget Tiohundra. Tiohundraprojektet startade 2006, som ett samarbete mellan region och kommun. Projektet permanentades den 1 januari 2016. Vårdbolaget Tiohundra ägs av Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje, ett samarbete mellan Region Stockholm och Norrtälje kommun.

Kommunalförbundet ansvarar för sjukvård, omsorg och hälsa i Norrtälje kommun. Förbundsdirektionen är beställare av all hälso- och sjukvård till invånarna i kommunen och all omsorg för personer med funktionsnedsättning.

Driften utförs av vård- och omsorgsgivare som har avtal med förbundsdirektionen. Förbundsdirektionen är också ansvarig myndighet för

handläggning av biståndsbeslut gällande äldre och personer med funktionsnedsättning.

Vid styrgruppsmötet den 31 oktober 2024 medverkande Göran Stiernstedt, fd statlig utredare men också tidigare landstingsdirektör i dåvarande Stockholms läns landsting, för att berätta om erfarenheterna av Norrtäljemodellen och sedermera vårdbolaget Tiohundra. Modellen utgjordes organisatoriskt av ett kommunalförbund med landstinget (regionen) och kommunen som medlemmar. Kommunalförbundet bildade under sig ett vårdbolag – Tiohundra. Kommunfullmäktige och landstingsfullmäktige.

Norrtäljemodellen initierades under 2003–2004 mot bakgrund av nedanstående:

- Ekonomisk panik i Region Stockholm – rekordstort underskott (10%)
- Nedläggningshot som akutsjukhus, Södertälje och Norrtälje sjukhus
- Norrtälje kommun kämpade för alternativ till sjukhusnedläggning

Målet för modellen var:

- Ökad effektivitet
- Mer och bättre vård för skattepengarna

Erfarenheter och lärdomar från Norrtäljemodellen sammanfattar Stiernstedt enligt följande:

- Svårt se till helheten - blir lätt kommun respektive region trots partssamarbetet.
- Storleksskillnaden stundtals en utmaning
- Beställarnämnden och vårdbolaget Tiohundra - en känslig relation
- Det fanns en inbyggd målkonflikt där syftet med vårdmodellen var att minska platserna inom slutenvården, samtidigt som den förväntades rädda ett akutsjukhus.
- Lagen om valfrihet var en utmaning mot modellen.
- Har gjort gott för psykiatri
- Det lilla sjukhusets struktur och effektivitetsproblem löses inte genom modellen, men samverkan mellan sjukhus – primärvård – kommunal vård har förbättrats.

Krisberedskap och redundans utifrån ett civilt försvar

Enligt regionstyrelsens uppdrag ska samtliga utredningar belysa krisberedskapsperspektivet, samt behovet av redundans utifrån ett civilt försvar. Frågeställningen för den här utredningen om de juridiska förutsättningarna belyser frågan huruvida privata/samägda akutsjukhus har ansvar för civilt försvar och krisberedskap.

Kommuner och regioner är enligt lag skyldiga att se till att samhällsviktig verksamhet fortsätter sin verksamhet vid kris eller krig. Kommuner och regioner har rätt att krigsplacera personal för att kunna planera för arbetet även om det blir en större samhällskris eller krigssituation.

Civilt försvar är den icke-militära delen av Sveriges totalförsvar. Det omfattar arbete som utförs av statliga myndigheter, kommuner, regioner, privata företag och frivilligorganisationer. Målet är att skydda civilbefolkningen och se till att samhällsfunktioner, inklusive sjukvård, fungerar vid krigsfara och krig.

Krisberedskap handlar om förmågan att förebygga, motstå och hantera krissituationer. Det byggs upp genom utbildning, övning och organisatoriska strukturer. Privata sjukhus kan vara en del av detta arbete genom att säkerställa att de är redo att hantera olika typer av kriser, inklusive krigsfara.

Sammanfattningsvis utgör privata eller samägda sjukhus en viktig del av det civila försvaret och krisberedskapen i Sverige, och de har ansvar för att bidra till samhällets motståndskraft och säkerhet. Dock har privata verksamheter inte lagligt stöd för att krigsplacera sina anställda såvida de inte blir utpekade av myndighet som samhällsviktig verksamhet. Privata utförare ansvarar inte enligt lag över samhällsviktig verksamhet per automatik såsom kommuner och regioner, såvida de inte pekas ut som sådan.

För det fall huvudmännen fattar beslut om att ingå i gemensam verksamhet avseende sjukhusvård och annan kommunal verksamhet bedöms modellen kommunalförbund som den mest ändamålsenliga (utan att bilda eget bolag under kommunalförbundet).

Ur ett krisberedskapsperspektiv finns det idag behov av två sjukhus i Kronobergs län, eftersom varje sjukhus vart och ett för sig utgör en för liten enhet, såsom förutsättningar är idag. Ett sjukhus räcker inte till för all den verksamhet som sker inom sjukvården idag. Det finns däremot ur ett krisberedskapsperspektiv anledning att se över de verksamheter som är sårbara i dagsläget. Det höga beroendet av hyrpersonal påverkar robustheten negativt. Hyrpersonal är inte anställd av Region Kronoberg vilket innebär att de inte per automatik kan krigsplaceras i verksamheten.

Om ett sjukhus i länet är ur funktion med anledning av extraordinär händelse finns en redundans i att ha två sjukhus då möjlighet finns att flytta viss kritisk verksamhet. Beroendet till grannregionernas kapacitet kan därmed minska.

Region Kronoberg är majoritetsägare av Växjö Småland Airport som är en utpekad beredskapsflygplats, till vilken patienter kan transporteras från hela landet vid eventuellt behov, vilket i sig förutsätter att det finns sjukhus i närområdet.

Statliga förordningar och överenskommelser med regioner och kommuner

Regionernas och kommunernas arbete med krisberedskap och civilt försvar regleras i huvudsak genom särskild lagstiftning men också genom statliga överenskommelser och förordningar inom området. Genom de statliga överenskommelserna eller förordningarna lämnas uppdrag till kommuner och regioner att planera, investera och öva för att bygga upp vårt lands civila försvar. Perspektiv som behöver belysas ytterligare när det gäller ansvarsfrågan vid en alternativ driftform för sjukhusvård är bland annat följande:

- Robusta sjukhusbyggnader
- Materialförsörjning
- Vårdplatser
- Möjligheten att mobilisera och flytta personal
- Den tekniska driften

Slutsats juridiska förutsättningar för sjukhusvård och möjliga organisationsformer för samverkan mellan kommuner och region

För det fall en gemensam organisationsstruktur skulle vara aktuell där sjukhusvård och viss kommunal verksamhet ingår bedöms organisationsformen kommunalförbund vara den mest ändamålsenliga formen för samverkan, utan en särskild beställarnämnd eller underliggande bolag. De avgörande argumenten för bedömningen för modellen kommunalförbund är möjligheten för en region och kommun/kommuner att forma kommunalförbundets uppdrag tillsammans, behålla insyn och kontroll, samt säkerställa möjligheten att utifrån ett krisberedskapsperspektiv eller vid särskild händelse kunna planera, utveckla och behålla den samlade förmågan att eskalera och ställa om. Om en privat vårdcentral ska ingå i organisationsstrukturen kan inte modellen kommunalförbund tillämpas utan en tillhörande bolagsstruktur måste då finnas.

I den politiska diskussionen om en eventuellt ändrad organisationsstruktur för Ljungby lasarett bör de regionala och lokala förhållandena tas i beaktande. Kronobergs län är ett litet län med två mindre sjukhus (ett sjukhus med två adresser) och med ett befolkningsunderlag som utgör 2 % av Sveriges totala befolkning. Den modell som kan fungera utmärkt i en storstadsregion med annan vårdinfrastruktur kanske inte är den modell som är mest ändamålsenlig i en mindre region. Fördelarna med en mindre region, med förhållandevis god infrastruktur till närliggande akutsjukhus, är att det borde vara enklare att

organisera sjukhusvårdens uppdrag utifrån en samplanerad vård med starka samarbetsstrukturer med länets kommuner för att kunna erbjuda länets invånare en tillgänglig och patientsäker vård på lika villkor.

Under utredningsarbetets gång har utmaningar inom flera avgörande områden beskrivits där kompetensförsörjningen och beroendet av hyrpersonal utgör den mest kritiska faktorn för att upprätthålla en patientsäker verksamhet. Det har inte bedömts som sannolikt att en annan organisationsform för att bedriva sjukhusvård skulle lösa vare sig bemanningsproblem eller ekonomiska underskott.

Mot bakgrund av detta har den politiska styrgruppen för detta uppdrag konstaterat vid styrgruppsmötena att den främst ser ett förstärkt samarbete inom uppdraget nära vård mellan region och kommun och att organisationsformerna kommer i andra hand.

Den politiska styrgruppen har i november 2024 kommit överens om att lämna följande rekommendationer och slutsats till regionstyrelsen:

Den politiska styrgruppens rekommendationer och slutsats

- Styrgruppen konstaterar att en gemensam organisation för sjukhusvård och viss kommunal verksamhet, likt en intraprenadliknande bolagisering, inte är att rekommendera för tillfället.
- Styrgruppen ser behov av att utreda vilka möjligheter som finns för att utveckla Ljungby lasarett till ett självständigt lasarett.
- Styrgruppen betonar vikten av att Ljungby lasarett fortsatt ska ha en akutmottagning som är öppen dygnet runt och året runt.
- Utöver dessa tre slutsatser som styrgruppen har enats om, har kommunföreträdarna i den politiska styrgruppen framfört ytterligare synpunkter till regionstyrelsen, såväl enskilt som i grupp.

Barnrättsperspektiv

Prövning av barnens bästa är inte aktuell då utredningen inte påtagligt eller direkt berör barn eller barn som närstående.