



REGION  
KRONOBERG

Ewa Ekman  
Hälso- och sjukvårdsdirektör  
23rgk1789

# **Bilaga A2 - Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?**

---

**2024-11-26**

# Innehåll

|                                                                                                                                                                                              |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?</b>                                                                                                       | <b>2</b>  |
| 1.1 Scenario ett – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett                                                                                                             | 2         |
| 1.1.1 Anestesikliniken                                                                                                                                                                       | 3         |
| 1.1.2 Kirurgkliniken                                                                                                                                                                         | 3         |
| 1.1.3 Ortopedkliniken                                                                                                                                                                        | 5         |
| 1.1.4 Medicinkliniken                                                                                                                                                                        | 7         |
| 1.1.5 Övriga verksamheter                                                                                                                                                                    | 7         |
| 1.2 Scenario två – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett. Akutflödet för äldre och sköra patienter kvarstår där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid | 9         |
| 1.3 Scenario tre – Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett                                                                                                                  | 9         |
| 1.3.1 Anestesikliniken                                                                                                                                                                       | 10        |
| 1.3.2 Kirurgkliniken                                                                                                                                                                         | 10        |
| 1.3.3 Ortopedkliniken                                                                                                                                                                        | 11        |
| 1.3.4 Medicinkliniken                                                                                                                                                                        | 12        |
| 1.3.5 Övriga verksamheter                                                                                                                                                                    | 12        |
| 1.4 Medicinakut                                                                                                                                                                              | 13        |
| 1.5 Konsekvenser                                                                                                                                                                             | 13        |
| 1.5.1 Medarbetare                                                                                                                                                                            | 13        |
| 1.5.2 Invånare                                                                                                                                                                               | 14        |
| 1.5.3 Ekonomi                                                                                                                                                                                | 14        |
| 1.6 Analys                                                                                                                                                                                   | 14        |
| <b>2. Ultraljudsundersökning på Ljungby Lasarett</b>                                                                                                                                         | <b>18</b> |
| <b>3. Barnrättsperspektiv</b>                                                                                                                                                                | <b>18</b> |
| <b>Källor</b>                                                                                                                                                                                | <b>18</b> |
| <b>Bilagor</b>                                                                                                                                                                               | <b>19</b> |
| <b>Omvärldsbevakning</b>                                                                                                                                                                     | <b>20</b> |
| Region Kalmar                                                                                                                                                                                | 20        |
| Region Skåne                                                                                                                                                                                 | 20        |
| Region Blekinge                                                                                                                                                                              | 22        |

# 1. Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?

Gemensamt för samtliga scenarion är förutsättningarna i Region Kronoberg. Sjukhusledningen ser stora svårigheter att både kunna bemanna för akutsjukvård och elektiv vård vid två sjukhus i framtiden. Patientsäkerheten kan komma att utmanas och tillgängligheten bli sämre om Region Kronoberg inte använder sina resurser på det mest effektiva sättet. Bristen på personal kommer öka och den elektiva vården kommer bli lidande.

Kompetensförsörjningsbristen inom hälso- och sjukvården är inte unik för Region Kronoberg, utan läget ser liknande ut i hela landet. När köerna till den elektiva vården ökar, kommer situationen framgent inte längre kunna hanteras genom att köpa vård från andra aktörer.

Med anledning av det angränsande uppdraget om att utreda hur akutflödet kan se ut på regionens två sjukhus, och dess direkta och indirekta inverkan på produktionen av den elektiva vården, redovisas i följande kapitel hur den elektiva vården skulle kunna bedrivas på de två sjukhusen med utgångspunkt i olika möjliga framtida akutflöden. För ytterligare fördjupning i de akuta flödena hänvisas till Bilaga A1. *Utreda alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutkliniken - JLC.*

Oavsett vägval i arbetet med samplaneringen av vården i Region Kronoberg behöver man i fortsatt arbete ta hänsyn till omkringliggande och stödjande verksamheter vars arbete direkt och indirekt är beroende av omfattningen på och fördelningen av den vård som bedrivs på regionens sjukhus.

I följande avsnitt redovisas först konsekvenserna för berörda verksamheter inom sjukhusvården med utgångspunkt i respektive scenario. Därefter redovisas potentiella effekter samt en analys. Samtliga scenarion utgår ifrån att IVA-platserna på LL förflyttas till CLV.

## 1.1 Scenario ett – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett

Det här scenariot innebär en kombination av de åtgärder som infördes på LL sommaren 2023 respektive 2024. Samtliga verksamheter lyfter fram att ett sådant här scenario kräver en ytterligare vårdnivå på LL för att möjliggöra en patientsäker vård dygnet runt. Eftersom sjukhuset i samtliga scenarion saknar IVA-platser krävs i detta scenario en funktion med kompetens att stabilisera patienter vid behov. Det skulle kunna handla om en pre- och postoperativ verksamhet med observationsplatser. En sådan pre- och postoperativ

verksamhet skulle även kunna stötta upp den elektiva verksamheten vid behov. Vidare anges att ett MIG-team är avgörande för en patientsäker vård på LL.

Scenariot skulle kunna kräva fler operationssalar på CLV likväl som en omfördelning av vårdplatserna mellan sjukhusen. Vidare krävs ytterligare anestesipersonal för att drifva de operationssalar som redan idag finns i syfte att möjliggöra ett bättre och mer effektivt flöde på båda sjukhusen. Samtidigt uppges just kompetensförsörjningen vara en utmaning avseende opererande personal. I detta scenario bör akutmottagningens öppettider på LL ligga i linje med operationsenhetens öppettider för att frigöra resurser som kan användas i den elektiva vården. Sammanfattningsvis bedöms operationsberedskapen nattetid vara en dyr resurs som idag inte används i någon stor utsträckning på LL.<sup>1</sup>

### **1.1.1 Anestesikliniken**

Under förutsättning att det finns ett MIG-team och en pre- och postoperativ avdelning kan elektiva ingrepp och vissa akuta operationer dagtid fortsatt genomföras på LL i detta scenario. Det allra mest akuta skulle dock behöva omprioriteras till CLV.

Som även nämnts inledningsvis betonas av anestesikliniken vikten av att operationsenhetens öppettider ligger i linje med akutmottagningens öppettider. Genom att stänga operation på kvällar och nätter frigörs anestesiresurser som kan bemanna operation dagtid. Samtidigt är den elektiva produktionen dagtid avhängd möjligheten att bemanna operation för elektiva ingrepp. Hur många fler operationer som kan genomföras på LL beror på hur många fler salar som kan bemannas med operatörer, operations- och anestesisjuksköterskor samt undersköterskor.<sup>2</sup> Bemanningsläget är idag ansträngt på LL, med undantag för operationsenheten som har enstaka vakanser.

### **1.1.2 Kirurgkliniken**

Kirurgkliniken bedömer att en stängning av kirurgakuten på LL nattetid skulle innebära en marginell ökning av belastningen på kirurgakuten CLV, och skulle således vara hanterbart inom ramen för befintliga jourlinjer. De som idag söker sig till akutmottagningen på LL nattetid skulle istället behöva söka till akutmottagningen på CLV. Operativt akut omhändertagande skulle nattetid ske på CLV.

En utmaning skulle initialt ligga i bristen på kirurgiska vårdplatser på CLV. Inneliggande kirurgpatienter skulle möjligen behöva flyttas mellan sjukhusen om fler akuta operationer behöver ske på CLV. Kirurgkliniken bedömer dock att det inte krävs någon översyn av fördelningen av vårdplatserna i detta scenario. Ovanstående gäller dock endast om anestesikliniken kan tillhandahålla ett stabiliserande team dygnet runt så att det inte sker inskränkningar i vilken typ av patienter som kan tas emot på akutmottagningen

---

<sup>1</sup> Se även ex. Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s. 26f

<sup>2</sup> Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s 32

LL under akutmottagningens öppettider. I annat fall, om alla svårt sjuka kirurgpatienter måste hänvisas till CLV bedöms det krävas både utökad jour, utökade vårdplatser och utökad akut operationsresurs på CLV.

Avsaknaden av IVA-platser på LL skulle möjligen innebära att vissa ingrepp istället behöver genomföras på CLV. Kirurgkliniken bedömning är att det på LL behöver finnas en pre- och postoperativ avdelning för att kunna säkerställa en patientsäker vård. Det är viktigt med en resurs som kan hantera eventuella postoperativa komplikationer och akut sjuka kirurgiska tillstånd det första dygnet. Med en pre- och postoperativ avdelning och ett MIG-team kan de flesta ingreppen fortsatt genomföras på LL även i detta scenario.

Vissa elektiva operationer skulle dock potentiellt sett kunna flyttas från CLV till LL. Redan idag har vissa ingrepp centraliserats till LL vilket gett fördelar i form av förbättrade flöden. Det mesta av den kirurgi som idag enbart genomförs på CLV är dock varken möjlig eller lämplig att flytta till LL. Det handlar om den kirurgi som kan kräva utrustning eller kompetens som enbart finns på CLV, exempelvis robotkirurgi, kärlkirurgi, undersökning samt den bröstkirurgi som kräver isotopinjektion. Det finns dock andra typer av ingrepp som potentiellt sett skulle kunna flyttas, vilket i så fall behöver utredas vidare.

Kirurgkliniken anser att de inte fullt ut kan genomföra sitt uppdrag idag med befintliga resurser. På sjuksköterskesidan och undersköterskesidan finns idag vakanser på både mottagning och vårdavdelning på CLV och LL. På läkarsidan har kirurgkliniken på CLV full läkarbemannning i relation till budgeterat tjänsteutrymme. Samtidigt uppger man att tjänsteutrymmet idag inte är anpassat efter behovet utan skulle behöva öka med ytterligare någon tjänst.

Tidigare ingick samtliga kirurger i den vanliga jourlinjen och delade på primär- och bakjournspassen. Numera ingår en del läkare på CLV istället i urolog- eller kärlberedskapen. Det är två separata beredskapslinjer som bemannas dygnet runt av en urolog respektive en kärlkirurg. Det innebär att ett färre antal läkare idag delar på den allmänna kirurgjouren än tidigare. Kirurgkliniken uppger att upplägget är svårt att förändra eftersom urologi och kärlkirurgi är egna specialiteter som idag kräver separata beredskapslinjer.

På LL har kirurgkliniken 10 budgeterade tjänster på läkarsidan, men har vakanser. Antalet läkare som kan bemanna primär- och bakjouren är dock få vilket ställer höga krav på de läkare som idag bemannar jouren. Det innebär att det idag saknas resurser för att hantera förändringarna i AB utan undantag på primärjourssidan. Hur många ytterligare kirurgläkare som skulle behövas för att hantera förändringarna i AB utan undantag uppges dock svårt att beräkna, eftersom primärjouren delas med ortopedkliniken. Rekryteringssvårigheter och bemanningen av jourlinjerna var en av anledningarna till att man under sommarmånaderna 2024 var tvungen att stänga den akuta verksamheten nattetid. Rekrytering av ytterligare personal pågår kontinuerligt, men situationen uppges vara skör.

Kirurgkliniken bedömer att förändringar i linje med detta scenario skulle innebära att förutsättningarna för att bemanna befintliga jourlinjer förbättras. Primärjouren på LL skulle kunna förläggas till beredskap i hemmet nattetid, istället för sjukhusbunden jour. Bakjouren bedöms kunna delas med CLV nattetid. Det skulle således frigöra resurser som istället kan användas dagtid för den elektiva produktionen på både mottagning och operation, exempelvis för fler mottagningstider och skopier.

Eftersom förändringarna i AB innebär att operationspersonalen inte längre kan arbeta dygnspass har man idag behövt stänga en operationssal dagtid för att säkerställa bemanning av operationsberedskap nattetid på LL. Med en stängd operationsavdelning nattetid i kombination med en förändrad jourlinje på LL nattetid finns möjlighet att öppna upp en ytterligare operationssal på LL dagtid. Antalet operationssalar är avgörande för en ökad produktion av elektiv kirurgi i regionen idag. Det skulle på sikt kunna innebära kortare vårdköer och mindre köpt vård. Samtidigt förutsätter det en gynnsam kompetensförsörjning på kirurgläkare, anestesisyterskor och operationssyterskor.

### **1.1.3 Ortopedkliniken**

Idag bedrivs den elektiva ortopediska vården relativt likvärdigt på båda sjukhusen, men på CLV genomförs ett större antal ingrepp än på LL. Majoriteten av dessa insatser skulle även i detta scenario fortsatt kunna genomföras på LL utan närvaro av IVA-platser men med en stabiliserande funktion. Samtidigt skulle förmodligen vissa akuta och större ingrepp behöva omfördelas till CLV, exempelvis ingrepp på svårt sjuka patienter eller ingrepp av revisionskaraktär. På sikt skulle scenariot även kräva att vårdplatser omfördelas mellan sjukhusen.

Ortopedkliniken uppger att de har ett relativt lågt akut patientflöde nattetid, och i detta scenario skulle patienterna på kvällar och nätter fördelas mellan CLV och de subakuta tiderna på mottagning. Det akuta operativa omhändertagandet skulle nattetid endast ske på CLV, vilket innebär att man på CLV kan behöva stärka upp med ytterligare personella resurser för att klara det ökade flödet. Vidare krävs att man dagtid på både vardagar och helger har beredskap och utrymme för akuta operationer på LL. Under en övergångsperiod skulle det möjligtvis även krävas att man stöttar upp med tider för akut operation på LL vissa sena kvällar.

På jourtid uppger ortopedkliniken att det skulle behövas en primärjour i beredskap nattetid på LL. En sådan beredskapslinje skulle kunna innebära att fler timmar frigörs än med nuvarande primärjourslinje. Denna primärjour i beredskap skulle likt idag kunna bemannas tillsammans med kirurgkliniken. Bakjouren för ortopedi skulle på jourtid nattetid kunna samordnas med CLV:s bakjour i ortopedi. Den skulle dock avgränsas till rådgivning – bakjouren på CLV kan inte operera eller bedöma patienter på plats i LL. Det innebär sammanfattningsvis att de resurser som frigörs i detta scenario inte är i paritet med det tredje scenariot. Vidare lyfter ortopedkliniken att det vore nödvändigt att införa en ortopedisk bakjourslinje på dagtid under helgen i syfte att kunna

ronda de akuta ortopediska patienterna under helgen samt ombesörja de akuta ortopediska operationer som behöver ske dagtid på helgen.

Det finns idag möjlighet att hantera detta scenario inom ramen för befintlig budget, eftersom jourbördan förväntas minska på LL. Inom ortopediklinikens del på CLV skulle det dock krävas någon form av förstärkning av jourlinjerna, vilket skulle kunna ske genom en omfördelning av tjänster inom kliniken. Ortopedkliniken uppger att man i detta scenario ser möjlighet till en förbättrad arbetsmiljö på LL jämfört med idag.

Kliniken har idag en tung arbetsbörda på LL med anledning av vakanser på både läkar- och sjuksköterskesidan. Nuvarande tillstånd där ortopedläkare förväntas arbeta extra på ledig tid och hantera akuta eller subakuta tillstånd uppges inte hanterbart i längden. Trots tillförda resurser har kliniken svårt med kompetensförsörjningen på läkarsidan. Om nuvarande rekrytering av läkare med anledning av tillförda medel mynnar ut i att ytterligare läkare kan rekryteras blir läget avsevärt bättre. En förbättrad situation på bemanningssidan tillsammans med frigjord jourtid ger ett annat utgångsläge i klinikens arbete. Samtidigt anges att budgeterat tjänsteutrymme idag inte motsvarar uppdragets omfattning.

Förhoppningar finns om att förändringar i jourlinjen också skulle kunna innebära möjligheter för en marginellt ökad produktion av den elektiva ortopediska vården i regionen. I dagsläget har ortopedkliniken svårt att fylla operationssalarna, och man har ibland behövt överlåta operationstider till kirurgkliniken. Genom reducerade öppettider på akutmottagningen på LL kan de frigjorda resurserna istället användas dagtid vilket skulle ge viss ökad kapacitet. Ortopedkliniken ser ett behov av att använda den ökade dagkapaciteten till att omhänderta akuta patienter dagtid istället för att de genomgår operation på jourtid.

Däremot anses det varken möjligt eller lämpligt att flytta elektiv ortopedi från CLV till LL – snarare anges att produktionen om möjligt rent generellt bör växlas upp. Anledningen till detta är att behovet av ortopediska elektiva insatser idag är större än regionens nuvarande kapacitet. Framför allt ser man potential i att öka produktionen vad gäller proteser, likväl som andra ingrepp som ryggar, korsband och fot- och handkirurgi. Verksamheten ser även behov av att tillföra resurser för att kunna öppna den tredje akutsalen på CLV.

Initialt ser ortopedkliniken en risk med att förändringen skulle innebära att personal väljer att avsluta sin anställning med anledning av krav på delad tjänstgöring mellan sjukhusen och att det inte är en förändring som personalen ställer sig bakom. På kort sikt skulle det således kunna påverka den totala elektiva produktionen negativt. På lång sikt ser man dock potential i upplägget förutsatt att bemanningsläget förbättras på båda sjukhusen. Med en subspecialisering inom ortopedi på LL skulle kompetensförsörjningen potentiellt kunna gynnas i länet över tid. Det finns också möjligheter avseende rekrytering av ST-läkare om utrymme finns att specialisera sig på vissa elektiva insatser under ST-tiden. Genom att resurser frigörs från jourlinjen skulle ST-

läkarna vissa dagar kunna driftsätta en egen sal – både i syfte att tidigt få möjlighet till specialisering men också för att öka regionens totala produktivitet.

#### **1.1.4 Medicinkliniken**

Idag bedriver medicinkliniken internmedicinsk slutenvård, öppenvård (mottagning och dagvård) samt bidrar med läkarresurs till akutprocessen på CLV och i LL. På LL saknas dock vissa specialister inom slutenvården. Specialist i hjärtsjukdomar respektive neurologiska sjukdomar finns att tillgå, men övriga tillstånd sköts av internmedicinare eller av den specialist som för tillfället finns tillgänglig. Medicinkliniken saknar idag egen läkarbemannning på LL inom reumatologi, allergologi och lungmedicin. På LL återfinns en vårdavdelning inklusive tre HIA-platser. Medicinklinikens har även vårdplatser som är förlagda till ortopedens avdelning 5.

På CLV finns HIA samt två medicinska intermediärvårdsplatser. Utöver dessa finns tre medicinska vårdavdelningar med de internmedicinska specialiteterna. Slutenvårdsplatserna inom hematologi är förlagda till onkologens avdelning 40. Medicinkliniken delar även vårdplatser och observationsplatser med övriga kliniker på akutvårdsavdelningen.

Det första scenariot skulle delvis frigöra tid för medicinkliniken. Medicinkliniken bedömer dock att det fortsatt skulle krävas en primärjour nattetid på LL, men att bakjouren skulle kunna delas med CLV. Med rätt kompetens i jourlinjen skulle man på sikt kunna överväga endast en primärjour på LL. Oavsett upplägg på jourlinjen skulle scenariot innebära en sammantagen minskning av jourtiden för kliniken som helhet, och därmed frigöra tid till den elektiva vården dagtid. Scenariot kan således innebära en ökad öppenvårdsproduktion. Medicinkliniken uppger att det inte är lämpligt att flytta de elektiva insatser som idag görs på CLV till LL, utan snarare bör den totala produktionen på LL växlas upp.

ST-läkarna skulle med en förändrad jourlinje inte behöva förlägga en lika stor andel av sin arbetstid på jourarbete, vilket är avgörande för en bra och kvalitativ specialistutbildning. Region Kronoberg har i senaste SPUR-inspektioner fått kritik för en hög andel jourtjänstgöring för ST-läkare.

Scenariot förväntas också bidra till ett minskat behov av hyrläkare.

Beroende på inriktningen för verksamheten på LL ser medicinkliniken möjligheter med att på sikt arbeta med direktinläggning via ambulans för sköra och äldre som är kända för verksamheten och som tidigare varit ineliggande.

#### **1.1.5 Övriga verksamheter**

Övriga kliniker inom sjukhusvården har tillfrågats hur deras verksamhet påverkas av reducerade öppettider på akutmottagningen kvällar och nätter på LL. Barnkliniken, hudkliniken, infektionskliniken, kvinnokliniken, ögonkliniken

och öron- nästa och halskliniken uppger att förändringarna inte påverkar deras elektiva flöde.

Bild- och funktionsmedicin uppger att reducerade öppettider på akutmottagningen kvällar och nattetid på LL i viss mån påverkar deras bemanning. Även om akutmottagningen stänger nattetid uppger verksamheten att de inte kan förändra bemanningen då de inneliggande patienterna på LL kan behöva tillgång till röntgen om de blir sämre under natten. Idag är det två personer – oftast röntgensjuksköterska och undersköterska – i beredskap. Om det behöver finnas en eller två framåt i ett sådant här scenario kan diskuteras då det är ett litet flöde men det krävs minst en röntgensjuksköterska.

Klinisk kemi och transfusionsmedicin uppger att det är viktigt att beakta påverkan på den medicinska servicen om tidigare köpt vård tas hem. Samtidigt uppger verksamheten att en fullständig konsekvensbeskrivning oavsett scenario inte är möjligt förrän eventuella förändringar finns konkretiserade. Vidare uppger verksamheten att detta scenario skulle kunna kräva utökade resurser på bemanningssidan på LL. Neddragningar nattetid anses inte möjligt. Idag tjänstgör en person nattetid på LL, och ett obemannat laboratorium nattetid anses inte möjligt. Omfördelning från Växjö anses ej möjligt då produktionsvolymerna ökar på CLV.

Onkologkliniken uppger att den största delen av deras verksamhet är planerad, och de akuta inläggningarna som görs går oftast via dagsjukvården eller mottagningen. Ett fåtal går via akutmottagningen. På LL har onkologkliniken idag ingen egen vårdavdelning, utan deras patienter är inneliggande hos andra verksamheter i första hand kirurgkliniken. Måndag-torsdag har onkologkliniken dagsjukvård på LL med olika former av elektiv vård, främst intravenös antitumoral behandling. Två dagar per vecka åker läkare från CLV för att bemanna kliniken dagsjukvård/mottagning. Det är således främst elektiv verksamhet men även akuta försämringar som hanteras här. Onkologkliniken har i övrigt svårt att avgöra hur det elektiva vårdutbudet skulle påverkas av reducerade öppettider på akutmottagningen.

Klinisk patologi och cytologi anger att det är svårt att förutse vilka effekter scenariot har på deras verksamhet. Ökad produktionsvolym skulle kunna kräva ytterligare resurser.

Även stödjande verksamheter som lasaretsrehab och medicinsk fysik och teknik har tillfrågats om konsekvenserna av detta scenario. Exempelvis uppger lasaretsrehab att en ökad produktionsvolym påverkar vilken medicinsk service de behöver leverera. Medicinsk fysik och teknik uppger att om utrustningsparken behöver utökas på Ljungby lasarett behöver höjd tas för att fler ingegångar behöver kunna finnas på plats. För att upprätthålla en god tillgänglighet och produktion behöver stillestånd/haverier hos utrustningen minimeras vilket man åstadkommer med bäst resultat genom närhet till teknisk personal. Läkemedelsenheten uppger att scenariot inte har någon nämnbar påverkan på deras verksamhet.

## 1.2 Scenario två – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett. Akutflödet för äldre och sköra patienter kvarstår där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid

Scenario två innebär att akutmottagningens akuta verksamhet stänger på LL för samtliga invånare nattetid med undantag för de sköra och äldre. Scenariot bedöms inte gå i linje med hälso- och sjukvårdens utvecklingsstrategi Närmare Kronobergaren, för mer information se bilaga A1. Av inhämtat material framgår att detta scenario varken är lämpligt eller möjligt. Akuta patienter kräver teamarbete med representanter från både kirurgkliniken, medicinkliniken och ortopedkliniken. Det skulle kräva samma jourbemanning som idag, och således i praktiken inte innebära några större förändringar avseende frigjorda resurser och i förlängningen för den elektiva vården i Region Kronoberg. Det skulle innebära att man med samma bemanning som idag skulle hantera ett färre antal patienter. Sammanfattningsvis skulle det innebära uteblivna konsekvenser för både produktionsvolym och vårdutbud på LL. Mot den bakgrunden har utredningen valt att inte fördjupa analysen av detta scenario mer.

## 1.3 Scenario tre – Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett

Ur ett långsiktigt perspektiv bedöms det finnas potential i detta upplägg, men scenariot skulle kräva en resursförstärkning på CLV. Det inhämtade materialet visar att ett renodlat elektivt flöde på LL skulle öka produktionen av den elektiva vården i regionen. Däremot är akutmottagningen på CLV idag inte rustad för detta – varken lokalmässigt eller bemanningsmässigt. En översyn av såväl lokaler som bemanning på CLV skulle således krävas. Även i detta scenario krävs en pre- och postoperativ verksamhet på LL, likväl som ett MIG-team.

Scenariot skulle innebära att LL blir ett elektivt sjukhus och att samtlig akutvård skulle bedrivas på CLV. Även merparten av de inneliggande operationerna skulle behöva utföras på CLV. Ett renodlat elektivt sjukhus medför att det dagliga elektiva flödet inte riskerar störningar på samma sätt som när akuta ingrepp kan komma emellan. Det skulle kunna innebära ett effektiviserat flöde och en möjlighet till specialisering på vissa ingrepp.

Ett sådant här scenario kräver nog överväganden kring vilken typ av kompetens som behöver finnas på plats på LL för eventuella komplikationer i samband med operation.

Scenariot kräver en översyn av antalet vårdplatser samt fördelning av dem. Troligtvis kommer det krävas fler vårdplatser på CLV om akutflödet koncentreras till dit. Patienter kan komma att behöva flyttas från CLV till LL för den postoperativa vården.

Utredningen *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* som genomfördes våren 2024 visade att separata flöden för den akuta och elektiva vården leder till fler antal ingrepp. Genom standardiserade processer där fokus ligger på en typ av operation i taget skulle kunna leda till ökad produktion. I förlängningen skulle dessa separata flöden kunna leda till att personalens kompetens på båda sjukhusen höjs när man specialiserar sig på en viss typ av vård. Resurser som frigörs från jour- och beredskap skulle kunna användas till fler mottagningsbesök och fler elektiva operationer. I förlängningen innebär det att tillgängligheten skulle kunna förbättras. De frigjorda resurserna skulle även kunna användas till att stödja primärvården.<sup>3</sup>

### 1.3.1 Anestesikliniken

Precis som i det första scenario uppges att både ett MIG-team och pre- och postoperativ avdelning krävs på LL. Elektiva ingrepp och vissa akuta operationer dagtid hade fortsatt kunnat genomföras på LL, medan det allra mest akuta bör omprioriteras till CLV.

Det är viktigt att operationsenheten stänger på kvällar och nätter för att frigöra anestesiresurser som kan bemanna operation dagtid. Samtidigt är den elektiva produktionen dagtid avhängd möjligheten att bemanna operation för elektiva ingrepp. Hur många fler operationer som kan genomföras på LL beror på hur många fler salar som kan bemannas med operatör, operations- och anestesijuksköterskor samt motsvarande undersköterskor.<sup>4</sup> Bemanningsläget är idag ansträngt på LL, med undantag för operationsenheten.

### 1.3.2 Kirurgkliniken

I det här scenariot anges av kirurgkliniken liknande konsekvenser som målades upp i det första scenariot. I det här scenariot blir LL ett renodlat elektivt sjukhus, och all akut verksamhet koncentreras till CLV. Vinsterna med detta scenario är således det fullt ut elektiva flödet på LL, vilket kan innebära vissa effektiviseringar – både jämfört med idag och i jämförelse med scenario ett.

Scenariot uppges dock kräva en större akutmottagning på CLV, fler vårdplatser och bättre akuta operationsflöden för att vara genomförbart. Verksamheten uppger att det inte är möjligt att genomföra den här förändringen från en dag till en annan, men att det med andra förutsättningar på CLV skulle vara möjligt.

Avsaknaden av en akutmottagning på LL skulle innebära att all akut kirurgi som exempelvis blindtarmsoperationer och tarmvred behöver utföras på CLV. Det skulle också ställa krav på ytterligare akuta operationsresurser på CLV.

---

<sup>3</sup> Region Kronoberg (2024). (23rgk1789-13) s 5–6

<sup>4</sup> Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s 32

Precis som i scenario ett bedömer kirurgkliniken att det i detta scenario krävs en pre- och postoperativ avdelning på LL för att säkerställa en patientsäker vård. Det är viktigt med en resurs som kan hantera eventuella postoperativa komplikationer det första dygnet.

Kirurgkliniken uppger att det i dagsläget är svårt att förutspå exakt hur detta scenario skulle påverka bemanningen på de två sjukhusen. En bakjour bedöms inte nödvändig på LL, men eventuellt kan en jourberedskap i hemmet behövas. Oavsett skulle resurser frigöras från jourlinjerna i större utsträckning än i det första scenariot. Hur stor del av dessa resurser som skulle kunna användas för den elektiva produktionen uppges dock vara oklart, eftersom viss personal istället skulle behövas i det akuta flödet på CLV. Samtidigt kräver elektiva flöden färre personalresurser än de akuta flödena. I likhet med det första scenariot finns förbättrade förutsättningar för en utökad elektiv produktion. En reducerad jour frigör resurser som skulle kunna innebära att fler operationssalar på LL kan öppnas.

I det här scenariot kommer det krävas färre vårdplatser på LL eftersom det mesta av den elektiva kirurgin är dagkirurgisk och inte kräver inneliggande vård. Vårdplatsfördelningen kan således behöva ses över. Inneliggande kirurgpatienter kan behöva flyttas mellan sjukhusen om de akuta operationerna behöver ske på CLV.

Det finns en risk att läkare i Ljungby väljer att avsluta sin anställning om läkarbemanningen skulle behöva justeras i detta scenario. Redan idag behöver läkarna på CLV även tjänstgöra på LL, men om akutmottagningen stänger på LL kommer samtliga läkare behöva tjänstgöra mer på LL än idag. Om befintliga kirurgläkare på LL väljer att avsluta sin anställning, och kirurgkliniken inte lyckas rekrytera nya läkare till LL, skulle kirurgläkare eventuellt behöva anställas på CLV för att sedan användas för att täcka upp bemanningen på LL.

I detta scenario skulle ST-utbildningen fortsatt behöva fördelas mellan båda sjukhusen. Tjänstgöring under jourtid skulle endast ske på CLV, medan den större volymen av allmänkirurgi skulle genomföras på LL. Kirurgkliniken bedömer att detta skulle kunna öka kvaliteten på ST-utbildningen eftersom det skulle innebära mindre andel jour, större andel klinikarbete och en utökad möjlighet till elektiva kirurgiska ingrepp för ST-läkarna. Nackdelen är att det skulle bli svårt att anställa ST-läkare på LL, eftersom en stor del av tjänstgöringen behöver ske på CLV. I praktiken skulle det troligtvis innebära att ST-tjänsterna placeras på CLV, med elektiv kirurgi på LL.

### **1.3.3 Ortopedkliniken**

Ortopedkliniken lyfter att scenariot skulle innebära förändringar i linje med scenario ett. Därutöver skulle scenariot frigöra ytterligare resurser på LL när man varken behöver bemanna en beredskapslinje nattetid eller en jourlinje dagtid för akuta insatser. Personalen skulle dock behöva användas för att bemanna upp de akuta insatserna och jourlinjen på CLV, vilket innebär att det

är svårt att säga vilken effekt förändringen skulle ge i form av ökad produktivitet av ortopedisk elektiv vård.

Scenariot ställer krav på ett ökat antal vårdplatser på CLV om all akut inneliggande vård ska hanteras på CLV. Det uppges däremot inte möjligt med CLV:s befintliga lokaler. Vidare finns en risk att medarbetare reagerar på beslutet och väljer att avsluta sin anställning med anledning av krav på delad tjänstgöring mellan sjukhusen. På kort sikt skulle det således kunna påverka den totala elektiva produktionen negativt. På lång sikt ser man dock potential med ett rent elektiv flöde förutsatt att bemanningsfrågan kan lösas.

#### **1.3.4 Medicinkliniken**

En stängning av akutmottagning på LL dygnet runt skulle innebära liknande konsekvenser som det första scenariot, men i större omfattning. Med ett akutflöde centrerat till CLV uppges medicinkliniken att jourlinjer frigörs och att det i förlängningen möjliggör en ökad elektiv produktion i form av exempelvis mottagningsbesök. Det innebär att både det elektiva flödet och vårdplatserna kan behöva ses över. Medicinkliniken bedömer att man i ett sådant här scenario skulle behöva en läkare i beredskap på LL. Möjligtvis skulle en sådan jourlinje kunna samordnas med resterande kliniker, men det uppges bero på de inneliggande patienternas behov.

Scenariot skulle också få konsekvenser för ST-utbildningen. Beroende på fördelningen av vårdutbudet mellan sjukhusen skulle ST-läkarna i detta scenario behöva dela upp sin tjänstgöring mellan sjukhusen. Medicinkliniken uppges dock att det redan idag saknas möjlighet att fullt ut utbilda ST-läkare i internmedicin på LL.

Medicinkliniken ser möjligheter att på sikt, beroende på inriktningen för verksamheten på LL, arbeta med direktinläggning på medicinkliniken för sköra och äldre som är kända för verksamheten och som tidigare varit inneliggande.

#### **1.3.5 Övriga verksamheter**

Övriga kliniker inom sjukhusvården har tillfrågats hur deras verksamhet påverkas av akutmottagningen stänger på LL. Barnkliniken, hudkliniken, infektionskliniken, kvinnokliniken, ögonkliniken och öron- nästa och halskliniken uppges att förändringarna inte påverkar deras elektiva flöde.

Bild- och funktionsmedicin uppges att detta alternativ innebär att verksamheten sparar skötersketid som idag används för det akuta flödet helg och natt på LL. Det innebär att den elektiva verksamheten skulle kunna utökas dagtid på LL. Samtidigt kan bemanningen i viss mån behöva omfördelas för att klara det akuta flödet på CLV. Eventuellt kan scenariot innebära att bild- och funktionsmedicin kan klara sig med en lägre bemanning än idag.

Klinisk kemi och transfusionsmedicin uppges att konsekvenserna av scenario tre ligger i linje med scenario ett. Onkologkliniken har svårt att avgöra hur det elektiva vårdutbudet skulle påverkas av en stängd akutmottagningen. För ytterligare information, se scenario ett.

Klinisk patologi och cytologi anger att det är svårt att förutse vilka effekter scenariot har på deras verksamhet. Ökad produktionsvolym skulle kunna kräva ytterligare resurser

Även stödjande verksamheter som lasaretsrehab och medicinsk fysik och teknik har tillfrågats om konsekvenserna av detta scenario, och uppges ligga i linje med scenario ett.

## 1.4 Medicinakut

Utredningen har även övervägt möjligheten med en renodlad medicinakut på LL i de olika scenarierna. Medicinakuten hade då varit öppen för samtliga patienter med åkommor som vanligtvis avhjälpas av medicinklinikens personal. Risken med ett sådant flöde är att patienter hamnar på fel vårdnivå eller på en akutmottagning utan resurser för den specifika problematiken.

Akuta patienter kräver teamwork med representanter från både kirurgkliniken, medicinkliniken och ortopedkliniken. Det innebär att ett sådant här scenario skulle kräva liknande jourbemanning som idag, och således i praktiken inte innebära några större förändringar avseende frigjorda resurser eller i förlängningen för den elektiva vården i Region Kronoberg.

## 1.5 Konsekvenser

Nedan redovisas de konsekvenser som identifierats i de olika scenarierna utifrån följande tre perspektiv; medarbetare, invånare och ekonomi. Då den elektiva produktionen är avhängigt det akuta flödet, finns flera likheter med de effekter som redogörs för i bilaga A1. *Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutkliniken - JLC*. Risk- och konsekvensanalyserna; riskanalys (patientsäkerhet) och risk- och konsekvensanalys (arbetsmiljö) kommer genomföras i verksamheterna.

### 1.5.1 Medarbetare

Ur ett kompetensförsörjningsperspektiv kan både scenario ett och tre ge positiva effekter. Genom separata flöden hela eller delar av dygnet finns utrymme för bättre arbetsmiljö, specialisering och ett kollegialt utbyte av erfarenhet och kompetens. Det kan tilltala medarbetare som av olika anledningar inte vill arbeta jourtid. Koncentration av flöden/patientgrupper innebär att personalen hanterar större volymer av liknande patienter vilket kan bidra till kompetensutveckling. Om LL i linje med scenario tre utvecklas till ett renodlat elektivt sjukhus skulle det potentiellt kunna locka medarbetare som möjligtvis vill arbeta mindre i akutverksamheten och istället mer med mottagning och operation.

På kort sikt finns en risk i samtliga scenarier att medarbetare väljer att avsluta sin anställning med anledning av förändringarna. Det kan exempelvis finnas medarbetare som inte vill pendla, alternativt inte attraheras av förändrat

uppdrag och därmed väljer att söka sig till andra arbetsgivare. På längre sikt bedömer verksamheterna dock att detta inte borde utgöra en risk.

Scenarierna kräver en omställning och en kulturförändring där medarbetarna kan känna en stolthet över den verksamhet som regionen bedriver.

### 1.5.2 Invånare

Scenario ett och tre förväntas få positiva konsekvenser för produktionen av den elektiva vården – om än dock i olika stor omfattning. En ökad produktion av elektiv vård kan innebära kortare vårdköer för patienterna. Vidare finns förhoppningar om att den vård som nu köps istället kan genomföras på något av länets två sjukhus, vilket kan underlätta för både patienter och anhöriga när vården kan utföras närmare hemmet.

En ökad elektiv produktion kan innebära att läkare får bred erfarenhet och en specialistkompetens inom olika områden vilket i förlängningen skulle kunna bidra till en bättre och mer kvalitativ vård för patienterna. Ur ett patientperspektiv kan både scenario ett och tre innebära fördelar eftersom specialistkompetenser koncentreras i olika flöden. Det skulle potentiellt sett kunna kännas tryggare för en patient att åtgärdas av en operatör som hanterar många liknande åkommor.

### 1.5.3 Ekonomi

Som många andra regioner i Sverige står Region Kronoberg inför stora ekonomiska utmaningar. Om den elektiva produktionen kan öka, finns förhoppningar om att vårdköerna kan förkortas och att behovet av köpt vård kan minska. I förlängningen skulle det potentiellt sett kunna få positiva ekonomiska konsekvenser för Region Kronobergs hälso- och sjukvård.

I scenario tre kan den ekonomiska effekten av förändringarna bli stora. Utredningen *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* visade att den ekonomiska effekten kunde beräknas till upp emot 289 mnkr, motsvarande 62 heltidsresurser.<sup>5</sup> En minskad andel vårdskador och kortare vårdtider leder till lägre kostnader för regionen. En väl genomförd samplanering av vårdens innehåll skulle leda till en hållbar investering i kompetensförsörjning, kvalitet och ändamålsenliga lokaler vilket ger regionen minskade kostnader över tid.<sup>6</sup>

## 1.6 Analys

Hälso- och sjukvårdens resurser behöver användas på ett effektivt och välmotiverat sätt för en jämlik vård för alla invånare i hela Region Kronoberg. Idag saknas personella resurser för att bemanna både CLV och LL och utsikten framgent ser inte ljusare ut. Att ha två akutmottagningar öppna sex mil från varandra är resurskrävande. I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen behöver resurserna prioriteras till de akuta flödena, vilket medför att regionens elektiva

---

<sup>5</sup> Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s 4

<sup>6</sup> Region Kronoberg (2023). (23rgk1789-13)

köer växer och den köpta vården ökar. Hälso- och sjukvården har varken råd eller förutsättningar att fortsätta som idag.

Historiskt sett har operationsköerna varit i stort sett konstanta i Region Kronoberg. Samtidigt har köpta operationer ökat och består av upp emot 40 % av produktionen på vissa kliniker. Med anledning av de utmaningar som följer av förändrad demografi och svårigheter med kompetensförsörjningen kommer det i framtiden inte vara möjligt att köpa den mängden vård. Region Kronoberg behöver således rusta för att kunna ta hand om sina patienter.<sup>7</sup>

Den övergripande frågeställningen har varit hur vårdutbudet och produktionsvolymen på LL kan öka. Av denna bilaga framgår att det oavsett scenario blir svårt att öka vårdutbudet på LL i någon större utsträckning. Vårdutbudet i det akuta flödet skulle snarare minska i och med reducerade öppettider för akutmottagningen eller ingen akutmottagning på LL. Däremot skulle Region Kronoberg kunna öka den totala produktionsvolymen på LL om resurser kan frigöras från dagens dubbla jourlinjer på de båda sjukhusen i länet. Det handlar således om att nuvarande elektiva vårdutbud på LL växlas upp i omfattning snarare än att utbudet av insatser ökar i omfattning.

De verksamheter som genomför flest operationer lyfter möjligheten med ett utvecklat samarbete emellan om det akuta flödet koncentreras till ett sjukhus. Ett utökat samarbete skulle kunna bidra till ett bättre flöde och en ökad effektivitet. Gemensamt för scenario ett och tre är att flertalet verksamhetschefer anger att förändringarna skulle kräva en översyn av fördelningen av vårdplatserna mellan sjukhusen. Det kan också krävas en översyn av den postoperativa inläggande vården och dess fördelning mellan sjukhusen. Det kan exempelvis finnas anledning att snegla på Region Skåne och deras arbete med omfördelning av patienter efter akut insats. Patienter som idag genomgår vissa akuta ingrepp på Centralsjukhuset i Kristianstad kan få sin postoperativa vård på Hässleholms sjukhus.

Av denna bilaga framgår att **scenario ett** är den väg som verksamheterna själva anser rimlig i ett kort perspektiv. Att reducera akutmottagningens öppettider på LL kvälls- och nattetid skulle innebära att resurser kan frigöras från jourlinjer nattetid på LL. Dessa resurser skulle istället kunna användas dagtid i den elektiva vården och ge förbättrade förutsättningar för att bemanna kvarvarande jourlinjer. Ortopedkliniken menar att volymen av elektiv vård på LL troligtvis skulle kunna öka i detta scenario, men att det framför allt skulle innebära en bättre arbetsmiljö och full bemanning. Medicinkliniken och kirurgkliniken ser potential till en marginellt bättre elektiv produktion, men även de ser framför allt fördelar i form av bättre arbetsmiljö och minskat antal vakanser.

Det uppges i dessa verksamheter råda en skör situation på bemanningssidan i dagsläget, där flera verksamheter anser att dagens budgeterade tjänster inte motsvarar uppdragets omfattning. Samtliga verksamheter betonar vikten av att

---

<sup>7</sup> Sirona (2023). (23rgk1789-13.1)

anestesikliniken kan tillhandahålla ett stabiliserande team på LL dygnet runt, för att detta scenario ska vara rimligt.

**Scenario två** upplevs av verksamheterna inte som ett möjligt alternativ. Att ha en akutmottagning öppen nattetid för sköra och äldre skulle kräva samma jourbemanning som idag, och således i praktiken inte några större förändringar avseende frigjorda resurser. Sammanfattningsvis skulle det innebära uteblivna konsekvenser för både produktionsvolym och vårdutbud på LL. Mot den bakgrunden görs ingen fördjupad analys av detta scenario.

Även i **scenario tre** uppger verksamheterna att ansvarsfördelningen och de frigjorda resurserna framför allt skulle innebära en förbättrad arbetsmiljö. Av denna bilaga framgår att den totala produktionsvolymen kan öka mer i scenario tre än scenario ett, eftersom man i scenario tre frigör mer resurser från jourlinjer. Samtidigt har verksamheterna själva svårt att i dagsläget avgöra i vilken omfattning produktionsvolymen skulle kunna öka, eftersom det är svårt att beräkna hur stora resurser som skulle krävas för det akuta flödet som då koncentreras till CLV.

Rapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* uppskattar att LL skulle kunna producera 10 % fler elektiva operationer dagtid om det akuta flödet flyttas till CLV och vissa ingrepp kan koncentreras till ett visst sjukhus. Att separera akut och elektiv verksamhet anges kunna ge produktionsvinster om 5-10 % jämfört med om vården utförs vid samma sjukhus, bland annat med anledning av minskade störningar i arbetsflödet. Vidare bedömer rapporten att en samplanering – som ligger i linje med scenario tre – ger bättre förutsättningar avseende kompetensförsörjning, tillgänglighet och patientsäkerhet. Behovet av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vid medicin-, kirurg- och ortopedkliniken minskar. Rapporten anger att de resurser som frigörs från jourbemanning på akutmottagningen skulle kunna användas för den elektiva produktionen.<sup>8</sup>

Ur ett medarbetarperspektiv har verksamhetscheferna uttryckt en oro för att personal som varken kan eller vill pendla till arbete på annan ort riskerar att säga upp sig – framför allt i scenario tre. En liknande oro återfanns i Region Skåne när sjukhusens uppdrag förändrades 2004. Trots oron gick förändringarna relativt bra.<sup>9</sup>

Av den statliga utredningen *Träning ger färdighet – Koncentrera vården för patientens bästa* framgår att både kvaliteten och patientsäkerheten i hälso- och sjukvården blir bättre med ökade patientvolym per respektive vårdenhets och behandlare. Det är viktigt att genom kontinuerlig träning upprätthålla sin kompetens, vilket i sig kräver stora patientvolym. Större patientvolym ger också bättre kvalitet på den kliniska forskningen.<sup>10</sup> Utredningen har fått kritik, bland annat avseende

---

<sup>8</sup> Sirona (2023). (23rgk1789-13.1)

<sup>9</sup> Sveriges Radio (2006).

<sup>10</sup> SOU 2015: 98.

de medicinska experternas kompetens.<sup>11</sup> Utredningens slutsats om behovet av och fördelarna med en ökad koncentration av patientflöde och åtgärder där vissa sjukhus specialiserar sig på vissa typer av åtgärder stöds av SKR.<sup>12</sup> Liknande slutsatser dras i rapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg*.<sup>13</sup>

Den statliga utredningens slutsatser ligger således framför allt i linje med den ansvarsfördelning mellan sjukhusen som redovisas i scenario tre, där ett renodlat elektivt sjukhus på LL skulle ge större patientvolym. Med utgångspunkt i den statliga utredningens slutsatser skulle således både kompetensen och produktivitet i Region Kronoberg kunna öka med större och standardiserade flöden. En vinst skulle i så fall vara att den ökade kapaciteten kan leda till förbättrad tillgänglighet och vårdkvalitet för länets invånare.

Att till stora delar renodla den akuta vården från den elektiva vården har visat sig fördelaktigt även i omkringliggande regioner. För den elektiva ortopediska produktionen har ett sådant upplägg visat sig effektivt på sjukhusen i Hässleholm och Oskarshamn. Region Skåne uppger att kvaliteten på vården ökat, och Region Kalmar uppger att det renodlade elektiva flödet av ortopedisk vård på sjukhuset i Oskarshamn gett goda resultat.

Kirurgkliniken och ortopedkliniken uppger att ett renodlat elektivt flöde på LL är en bra lösning på sikt, men att förändringar behöver ske avseende såväl lokaler som bemanning. Akutmottagningen på CLV anses i dagsläget inte rustad för att vara en akutmottagning för hela länet. Det kan också finnas anledning att överväga om en ytterligare vårdnivå bör ses över om akutmottagningen på LL ska stängas – något som lyftes i den utredning om samplaneringen som presenterades våren 2024. Mer information om detta återfinns i Bilaga A1. *Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutkliniken* – JLC.

Sammantaget finns potential i det tredje scenariot. Det handlar framför allt om en förbättrad arbetsmiljö på både LL och CLV, en jämlik vård för samtliga kronobergare och att resurserna kan användas på ett effektivt sätt. Scenariot uppges innebära ett förbättrat vårdflöde som i förlängningen skulle kunna möjliggöra att Region Kronoberg skulle kunna ta hem delar av den köpta vården.

Utredningen har också övervägt möjligheten till en **medicinakut** i de olika scenarierna. Konsekvensen av ett sådant alternativ för det akuta flödet redovisas i Bilaga A1. *Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutkliniken* – JLC. För den elektiva produktionen skulle ett sådant inte ge några effekter, eftersom verksamheterna bedömer att scenariot kräver samma jourbemanning som idag.

---

<sup>11</sup> Svenska Dagbladet (2024).

<sup>12</sup> Sveriges kommuner och landsting (2016).

<sup>13</sup> Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s. 68

## 2. Ultraljudsundersökning på Ljungby Lasarett

Av uppdraget framgår möjligheten att erbjuda ultraljudsundersökningar för fosterdiagnostik i Ljungby även ska belysas.

Med anledning av rekryteringssvårigheter i samband med en pensionsavgång 2018 bedömdes det inte längre patientsäkert att fortsätta driva ultraljudsmottagningen för fosterdiagnostik på Ljungby lasarett.

Under våren 2022 genomfördes en utredning av möjligheten till uppstart av ultraljud för gravida på Ljungby Lasarett. Utredningen pekar på svårigheter med kompetensförsörjningen avseende barnmorskor i länet. För att bemanna ultraljudsmottagningen krävs minst två barnmorskor med rätt kompetens, vilket är en svårrekryterad resurs.

Idag har kvinnokliniken sex barnmorskor som samtliga utgår från CLV. De har huvudsakligen delade tjänster och tjänstgör således inom flera av kvinnoklinikens verksamheter. Vid uppstart av ultraljudsundersökningar för fosterdiagnostik på Ljungby Lasarett skulle dessa behöva omlokaliseras till LL, alternativt tjänstgöra i både Växjö och Ljungby. Det skulle oavsett innebära att reducerade mottagningstider i Växjö.

Som en del av utredningen undersöktes också möjligheten till uppstart av verksamhet i Ljungby under en dag i veckan. Även det skulle dock innebära att personalen som idag bemannar ultraljudsmottagningen i Växjö skulle behöva omlokaliseras en dag i veckan. Av utredningen framgår att man såg risker i att ett sådant beslut skulle innebära att nuvarande personal slutar med anledning av en ovilja att pendla. Det skulle också innebära en relativt låg nyttjandegrad av utrustning och lokaler som övrig tid skulle stå oanvända.

Vidare framgår att uppstart av ultraljudsundersökning på Ljungby lasarett skulle kräva nya lokaler – oavsett omfattning av verksamheten – eftersom det rummet som tidigare användes inte är tillräckligt stort för den utrustning som numera krävs i ett ultraljudsundersökningsrum. Därtill tillkommer också kostnad för utrustning som idag saknas.

Verksamheten ser sammanfattningsvis samma utmaningar idag som våren 2022. Därav anses det varken möjligt eller lämpligt att utifrån dagens rekryteringssituation starta upp ultraljudsundersökningar på Ljungby lasarett.

## 3. Barnrättsperspektiv

En enkel prövning av barnets bästa har gjorts.

## Källor

Region Kalmar (2024). *Utredning av akuta vårdprocesser och elektiva processer*, EY.

Region Kronoberg (2023). *Projektdirektiv – Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* (23rgk1789-6).

Region Kronoberg (2024). *Slutrapport – Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* (23rgk1789-13).

Region Skåne (2024). Dialog med Region Skåne, 2024.

Region Skåne (2024). [Akutmottagning - Hässleholms sjukhus \(skane.se\)](#).

Region Skåne (2024). [Granskning av tillgänglighet och icke akut vård](#), EY.

Region Skåne (2024). [Framtidens ortopedi i Hässleholm - Region Skåne \(skane.se\)](#).

Region Skåne (2023). [Nya arbetssätt ger snabbare tid till operation | Region Skåne \(mynewsdesk.com\)](#).

Sirona (2023). *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* (23rgk1789-13.1).

SOU 2015: 98. *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*. [Träning ger färdighet - Koncentrera vården för patientens bästa, SOU 2015:98 \(regeringen.se\)](#).

Svenska Dagbladet (2024). [Akutsjukhus läggs ner på bristande underlag](#).

Sveriges kommuner och landsting (2016). Remissyttrande. *Träning ger färdighet – koncentrera vården för patientens bästa SOU 2015:98*. [SKL-16-00232-Yttr-Traning-ger-fardighet.pdf \(skr.se\)](#)

Sveriges Radio (2006). [Skånsk Livskraft granskat - P4 Malmöhus | Sveriges Radio](#).

## Bilagor

Omvärldsbevakning

# Omvärldsbevakning

Med anledning av begränsad tid för sammanställning av omvärldsbevakningen har en avgränsning gjorts till närliggande regioner.

## Region Kalmar

**Oskarshamns sjukhus**, som tillhör Region Kalmar, är idag inriktat på elektiv vård. De tar emot patienter för planerade operationer och behandlingar inom specifika specialistområdena ortopedi, kirurgi och ögonvård. På Oskarshamns sjukhus bedrivs enbart akut vård för medicinska patienter. Då de inte bedriver akutvård inom ortopedi och kirurgi kan de resurserna fokuseras på personal som hanterar planerade ingrepp vilket ger kortare väntetider och högre effektivitet.

Sjukhuset har fått mycket positiv feedback i nationella patientenkäter, vilket återspeglar patienternas upplevelse av god och strukturerad vård. En viktig del av sjukhusets framgång är att en och samma läkare följer patienten genom hela vårdprocessen, från remiss till eftervård, vilket skapar trygghet och kontinuitet. Oskarshamns sjukhus fungerar i nära samarbete med de större sjukhusen i regionen, Västervik och Kalmar, vilket innebär att patienter med behov av mer komplicerade ingrepp kan remitteras vidare.

I Region Kalmar har en utredning av bland annat de akuta flödena genomförts under 2024. Utredningen visar att det ur flera perspektiv – flöde, vårdkvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet och kostnad – finns fog för att avveckla medicinakutmottagningen i Oskarshamn och utveckla sjukhusets verksamhet i ett nära vård-perspektiv och med mer elektiv vård. Ett av utredningens deluppdrag var att analysera den elektiva vården i länet, hur den kan bedrivas och säkerställas i ett längre perspektiv. Utredningen visar att regionen har en outnyttjad operationskapacitet och kan öka sin operationskapacitet med 5 % vid Oskarshamns sjukhus.<sup>14</sup> Ett inriktningsbeslut fattades av regionstyrelsen i Region Kalmar län i juni 2024 (§ 126/2024). Inriktningsbeslutet innebär bl.a. att medicinakuten på Oskarshamns sjukhus ersätts med ett akutvårdskoncept som har allmänmedicin som bas. Arbetet innefattar utveckling av direktinläggningar samt utökad samverkan med primärvård och berörda kommuner.

## Region Skåne

**Hässleholms sjukhus**, som tillhör Region Skåne, fokuserar på specialiserad elektiv vård, särskilt inom ortopedi. Sjukhusets ortopediska centrum är ett av de största i Sverige för höft- och knäledsoperationer. Hässleholms sjukhus har också en medicinakut dagtid för vuxna med exempelvis bröstsmärtor, andningssvårigheter eller hjärtklappning. Akut ortopedi och kirurgi hänvisas till Kristianstad lasarett. Akutmottagningen i Hässleholm har öppet mellan 08.00-

---

<sup>14</sup> Region Kalmar (2024).

20.00. Övrig tid hänvisas patienterna – oavsett tillstånd – till akutmottagningen på Kristianstads lasarett.<sup>15</sup> Mellan sjukhusen är det 32 km, vilket kan jämföras med motsvarande 58 km mellan CLV och LL.

Efter pandemin har fokus legat på att beta av vårdköerna. Region Skåne uppger att det krävde justeringar av arbetssätt, i allt från schemaläggning och operationsplanering till hur patienterna förbereds inför operation. Under första kvartalet 2023 minskade antalet väntade med 25 %, och antalet producerade operationer ökade med 40 %, jämfört med samma period 2022.<sup>16</sup>

En revisionsrapport från EY 2023 visar att antalet patienter i kö vid Hässleholms sjukhus minskar och att följsamheten till vårdgarantin ökat. De som intervjuades för revisionsrapporten lyfter det förändringsarbete som sjukhuset genomfört där man bland annat har slutat med dubbelbemanning på operationssalarna vilket inneburit att man kunnat gå från fyra till sex operationssalar i drift dagligen. Av rapporten framgår vidare att de tillgänglighetsproblem som kvarstår i några fall kan härledas till bristen på läkare med viss specifik ortopedisk kompetens, bland annat patienter med ryggbesvär.<sup>17</sup>

Akutmottagningen i Hässleholm har inte alltid haft begränsade öppettider eller avgränsad målgrupp. Förändringarna påbörjades 2004 som en del av ett utvecklingsprojekt beslutat av fullmäktige som gick under namnet ”Skånsk livskraft”. Som en del av projektet gjordes en översyn av samtliga sjukhus i Skåne och beslutet innebar bland annat olika former av profilering, olika öppettider på akutmottagningarna samt ändrade uppdrag för de mindre sjukhuset. Beslutet resulterade i att verksamheten på Hässleholms sjukhus avgränsades till en medicinklinik med slutenvård, mottagningsverksamhet för bland annat medicin och ortopedi samt en akutmottagning dagtid för medicinpatienter. Kirurgi och urologi flyttades till andra sjukhus.

Förändringarna innebar att sjukhuset kunde omprioritera sina resurser till framför allt operationsflödet, och är idag ledande inom ortopediska ingrepp som ledplastik. Sjukhuset satsar idag också på rehabverksamhet för medicinklinikens och ortopedens patienter. På sjukhuset bedrivs idag även mycket forskning och Region Skåne uppger att man har en bra kostnad per patient. Akuta patienter som idag hänvisas till Kristianstads lasarett flyttas ibland till Hässleholm efter akutskedet.<sup>18</sup>

Under 2006 gjordes en extern granskning av förändringarna som visade att omstruktureringen av vården gått ganska bra, trots att projektet inledningsvis

---

<sup>15</sup> Region Skåne (2024). [Akutmottagning - Hässleholms sjukhus \(skane.se\)](https://www.skane.se/akutmottagning-hasselholms-sjukhus)

<sup>16</sup> Region Skåne (2024). [Nya arbetssätt ger snabbare tid till operation | Region Skåne \(mynewsdesk.com\)](https://www.region-skane.se/nyheter/nya-arbetssatt-ger-snabbare-tid-till-operation)

<sup>17</sup> Region Skåne (2024). [Granskning av tillgänglighet och icke akut vård](#), EY.

<sup>18</sup> Region Skåne (2024). Dialog med Region Skåne

fick kritik från läkarkåren. Några läkare hade exempelvis inte velat arbeta på olika sjukhus.<sup>19</sup>

Region Skåne planerar nu för att bygga ut Hässleholms sjukhus i syfte att möjliggöra ytterligare satsningar på den elektiva vården inom ortopedi.<sup>20</sup>

## Region Blekinge

I Region Blekinge finns två sjukhus – ett i Karlskrona och ett i Karlshamn. Kirurgens akuta verksamhet är i sin helhet förlagd i Karlskrona. I Karlshamn bedriver Region Blekinge i huvudsak dagkirurgiska ingrepp eller ingrepp som kräver fåtal vårddygn. Dessa patienter vårdas då på en gemensam avdelning för ortopediska och kirurgiska patienter; ortopedkirurgisk vårdavdelning (OKV). OKV är öppen på vardagar.

Ortopedkliniken har något fler platser på OKV jämfört med kirurgkliniken. Samtidigt återfinns en viss dynamik i vårdplatserna och utgår från behov. Exempelvis genomförs all dagkirurgisk elektiv urologi i Karlshamn, likväl som all elektiv proktologi. Vidare har Region Skåne plastikkirurgi och skopiverksamhet på kirurgmottagningen i Karlshamn.

Samtidigt återfinns den huvudsakliga och omfattande kirurgiska produktionen i Karlskrona medans ortopedkliniken producerar mest i Karlshamn. Det betyder att ortopedkliniken har en större operationssalskapacitet i Karlshamn jämfört med kirurgkliniken, och omvänt läge i Karlskrona.

---

<sup>19</sup> Sveriges Radio (2006).

<sup>20</sup> Region Skåne (2024). [Framtidens ortopedi i Hässleholm - Region Skåne \(skane.se\)](https://www.region-skane.se/om-regionen/regionens-verksamheter/ortopedi-i-hassleholm).