



REGION
KRONOBERG

Ewa Ekman

Hälso- och sjukvårdsdirektör

23RGK1789

Bilaga A - Framtidens sjukhusvård i Region Kronoberg

Med fokus på organisering av den akuta vården och det elektiva flödet

2024-11-26

Innehåll

Sammanfattning	3
Begreppslista	5
1. Inledning	7
1.1 Uppdrag	7
1.2 Tillvägagångssätt	8
1.3 Tidigare beslut och relaterade underlag	9
1.3.1 Utred remisskrav till akutmottagningen (24hsn311).....	9
1.3.2 Återrapportering – Utredning om behov av jourläkarcentral (JLC) (24hsn364)	9
1.3.3 Konsekvensbeskrivning: gemensam organisation akuten – jourläkarcentralen (24hsn364).....	9
1.3.4 Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg inkl. bilagor (dnr 23rgk1789)	10
1.3.5 Hantering av verksamheter med anledning av förändrade allmänna bestämmelser om dygnsvård (23rgk1383)	10
1.3.6 Rekrytering av platschef för Ljungby Lasarett (23rgk2078)	11
1.3.7 Vårdplatser och IVA	11
2. Nuläge	13
2.1 Befolkningsprognos Region Kronoberg	13
2.2 Basprognos för Region Kronobergs framtida vårdbehov	14
2.3 Region Kronobergs långsiktiga planeringsförutsättningar	15
2.4 Bemanning.....	16
2.4.1 Bemanningsläget sjukhusvården	17
2.4.2 Hyrpersonal sjukhusvården.....	17
2.4.3 Extra rekrytering av läkare med anledning av förändringarna i Allmänna bestämmelser	18
2.5 Utbildningsläkare.....	19
2.6 Tillgänglighet inom sjukhusvården.....	20
2.6.1 Akutsjukvård	20
2.7 Köpt vård.....	22
2.8 Sommaren 2023 och 2024	23
2.9 Sammanfattning av nuläget.....	24

3. Organisering av akutflödet och produktionen av den elektiva vården	25
3.1 Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett.....	25
3.2 Scenario två – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett. Akutflödet för äldre och sköra patienter kvarstår där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid.....	28
3.3 Scenario tre – Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett	31
3.4 Medicinakut som ett alternativ?	34
3.4 Sammanfattande bedömning	34
4. Samlokalisering akutmottagning och JLC	36
5. Ultraljudsundersökning på Ljungby lasarett.....	37
6. Barnrättsperspektiv.....	37
Källor.....	38
Bilagor	39

Sammanfattning

Hälso- och sjukvårdsdirektören har av regionstyrelsen fått i uppdrag att utreda alternativa lösningar för organisering av akutflödet, samlokalisering av jourläkarcentralerna (JLC) och akutklinikerna samt möjligheten att öka vårdutbudet och produktionsvolymen på Lasarettet Ljungby (LL).

Sammanfattande bedömning

Det ena alternativet är att öppettiderna på akutmottagningen på LL reduceras nattetid. Verksamheterna bedömer att detta till stora delar är genomförbart inom ramen för respektive budget. Några verksamheter anger dock att utökade resurser krävs, exempelvis ambulansverksamheten. Det andra alternativet är att stänga akutmottagningen på LL. Det skulle kunna innebära att LL blir ett renodlat elektivt sjukhus med möjlighet till specialisering inom vissa områden. En sådan förändring skulle kräva en omfördelning av resurser och en översyn av lokalbehoven på båda sjukhusen. Oberoende av framtida förändringar måste patientsäkerheten stå i fokus och ha bäring på de beslut som fattas.

Akutflödet

Redan inför arbetet med sammanslagningen av medicinkliniken på Centrallasarettet i Växjö (CLV) och LL 2021 stod det klart att det inte finns förutsättningar att bedriva akutverksamhet på LL i den utsträckning som görs idag. Sammanfattningsvis råder det konsensus utifrån inhämtat material att det är nödvändigt att successivt koncentrera den akuta sjukvårdsverksamheten till CLV för att klara kompetensförsörjningen framåt. För att säkerställa tillgången till såväl akut och elektiv vård är Region Kronoberg även i framtiden i behov av sjukhusvård på två adresser i länet.

Oavsett vilken vård som i framtiden ska bedrivas på LL visar underlaget att det behöver finnas läkare jourtid, likväl som ett MIG-team och HLR-team. Vidare anses det avgörande med en pre- och postoperativ enhet.

Den elektiva vården

Idag har sjukhusvården bemanningsutmaningar avseende både sjuksköterskor och läkare. Utifrån inhämtat underlag görs bedömningen att en koncentration av akutflödet till CLV är nödvändig för att öka produktionen av den elektiva vården. Det skulle innebära att resurser kan frigöras från jourlinjer. Dessa resurser skulle istället kunna användas dagtid i den elektiva vården och ge förbättrade förutsättningar för att bemanna kvarvarande jourlinjer. En sådan förändring skulle innebära en förbättrad arbetsmiljö och utökade möjligheter för att klara bemanningsplaneringen vad gäller samtliga kompetenser som säkerställer akutsjukvård. I förlängningen finns förbättrade förutsättningar för en ökad elektiv produktion på LL.

Samlokalisering JLC och akutmottagning

Studier inom området är inte entydiga. Å ena sidan finns studier som visar på att samlokalisering av primärvård och akutvård ökar vårdbehovet, och att det inte är kostnadseffektivt. Å andra sidan återfinns studier som påvisar det motsatta. I västra länsdelen har JLC tidigare bedrivits i akutmottagningens lokaler på LL. JLC flyttade i samband med pandemin ut från akutmottagningen på LL och bedrivs nu i egna lokaler.

Sammantaget ser både primärvården och sjukhusvården få vinster med en gemensam fysisk ingång för akutmottagning och JLC. Andra möjliga vägval än samlokalisering skulle kunna vara att kraftsamla för att 1177 har en mycket god tillgänglighet och därmed ger patienterna snabb och trygg vård via digitala ingångar.

Begreppslista

Samplanering: Planering av vården mellan regionens två sjukhus, Centrallasarettet Växjö (CLV) och Lasarettet Ljungby (LL), så att den samlade kapaciteten nyttjas på bästa sätt för invånarna i Kronoberg.

Elektiv vård: Planerad vård som inte är akut. Avser vård som kan senareläggas utan fara för patienten. Elektiv vård kan dock anstå i olika omfattning.

Akutflödet: Enligt uppdragsbeskrivningen ska akutflödet definieras brett och inkludera JLC, vårdcentralerna, drop-in-tider, 1177 m.m. Inom vården pratar man däremot om två akutflöden vilka utgörs av ett akutflöde inom primärvården och ett inom sjukhusvården. Flödet börjar där patienten är och när patienten, en anhörig eller annan person initierar ett vårdbehov. Till akutflödet finns sedan flera olika ingångar i form av exempelvis 1177, ambulans, självtriagering, hemsjukvården eller TeleQ, men ses inte av verksamheterna som en del av själva akutflödet.

MIG-team: Mobil intensivvårdsgrupp bestående av läkare och sjuksköterska med specialistkompetens som kan vara redo att bedöma och behandla patienter med sviktande vitala funktioner på plats.

HLR-team: Larmas ut till lokal på sjukhuset om en patient får hjärtstopp. Består av HIA-sjuksköterska, undersköterska, primärjourläkare medicin, primärjourläkare anesthesi, anesthesisjuksköterska

Medicinsk intermediärvårdsavdelning (MIMA): Vårdnivå mellan IVA och AVA-obs för medicin och infektionspatienter. Mer kritiskt sjuka patienter som kräver mer avancerade insatser.

Intermediärvårdsavdelning (IMA): Samma som MIMA men inte enbart för medicin- och infektionspatienter utan även exempelvis kirurgiska och ortopediska patienter.

Intensivvårdsavdelning (IVA): Intensivvård, livsuppehållande behandling av kritisk sjuk patient.

Hjärtintensiv (HIA): Kritiskt sjuka patienter vårdas på IVA. På HIA vårdas hjärtpatienter som behöver högre övervakning av sin hjärtsjukdom än vad en vårdavdelning kan ge.

Akutvårdsavdelning (AVA): 36 timmars vård, utredning och behandling av enklare tillstånd. Finns enbart på CLV.

AVA-obs: För högre nivå av övervakning än vanlig vårdplats kan ge. Observationsplatser på AVA CLV enbart, för övervakning av vitala funktioner.

I utredningen används jourbegreppen enligt nedan:

Primärjour är den första linjens jour. I utredningen används termen för den jour som sker kvällar, nätter och helger. Primärjouren befinner sig vanligtvis på arbetsplatsen under jourtid. Men primärjouren kan också vara i beredskap, vilket innebär att denna då kan befinna sig i hemmet del av tiden.

Bakjour är stöd till primärjouren – antingen utifrån kvalitet/kompetens eller kvantitet. Bakjouren är vanligtvis i beredskap men med en oerfaren primärjour kan bakjouren även vara sjukhusbunden.

Beredskap innebär att man befinner sig i bostaden eller på annan plats utanför arbetsplatsen. Denne kan då nås på telefon men behöver kunna infinna sig inom 30 minuter på arbetsplatsen, alternativt inom två timmar efter inkallelse.

1. Inledning

1.1 Uppdrag

I juni 2023 beslutade regionfullmäktige att uppdra åt regionstyrelsen att utreda hur Region Kronoberg på bästa möjliga sätt kan skapa ändamålsenliga lokaler för framtidens sjukvård, som minimerar risker kopplat till patientsäkerhet, arbetsmiljö och ekonomi. Mot den bakgrunden fick regiondirektören i december 2023 i uppdrag av regionstyrelsen att utreda samplanering av vårdens innehåll på Region Kronobergs sjukhus. Syftet var att få en helhetsbild över invånarnas framtida sjukvårdsbehov. Rapporten skulle redovisas våren 2024.

I maj 2024 (§ 130/2024) presenterades rapporten *Samplanerad sjukbusvård i Region Kronoberg*. Utifrån den beslutade regionstyrelsen om ytterligare utredningsuppdrag, bland annat att:

- Uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att utreda alternativa lösningar för organisering av akutflödet för att kunna bibehålla så hög tillgång till akutsjukvård som möjligt på Ljungby lasarett utan att riskera tillgängligheten till den planerade vården.
- Uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att utreda hur jourläkarcentralerna kan samlokaliseras och effektiviseras tillsammans med akutklinikerna. Utgångspunkten ska vara att 1177 är huvudingången.

Dessa två uppdrag redovisas i sin helhet i Bilaga A1.

Vidare beslutade regionstyrelsen att:

- Uppdra åt hälso- och sjukvårdsdirektören att utreda möjligheten att öka vårdutbudet och produktionsvolymen på Ljungby lasarett genom att förflytta delar av produktionen från Centrallasarettet i Växjö till Ljungby lasarett. Utredningen ska även belysa möjligheten att erbjuda ultraljudsundersökningar för fosterdiagnostik i Ljungby.

Detta uppdrag redovisas i sin helhet i Bilaga A2. Uppdraget avgränsades till det elektiva vårdutbudet och därmed hur delar av den elektiva vården skulle kunna förflyttas till, alternativt öka i omfattning på, Ljungby lasarett.

I den här utredningen sammanförs resultatet från bilagorna A1 och A2 tillsammans med en beskrivning av nuläget och en analys.

I rapporten *Samplanerad sjukbusvård i Region Kronoberg* föreslås att Region Kronoberg samlar intensivvården i regionen på CLV. Mot bakgrund av bemanningssituationen på IVA på LL har hälso- och sjukvårdsdirektören under november 2024 tagit ett tidsbegränsat beslut om att tillfälligt flytta de två intensivvårdsplatserna på LL till CLV. Kvarvarande verksamhet på IVA på LL

är tillsvidare anesthesi-, pre- och postoperativ verksamhet samt möjlighet till konsultation vid försämring av patient på avdelning (MIG-team).

Samtliga alternativ i denna utredning är möjliga att genomföra både med och utan IVA-platser på LL, förutsatt att dessa platser kan bemannas dygnet runt. I syfte att denna utredning ska vara aktuell oavsett situationen med IVA-platserna på LL presenteras denna rapport utifrån alternativet att IVA-platserna centreras till CLV.

Scenarierna som utredningen har utgått ifrån är följande:

1. Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett (öppet varje dag från ca 07.30-18.00).
2. Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett (öppet varje dag från ca 07.30-18.00). Akutflödet för äldre och sköra patienter kvarstår där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid.
3. Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett.

Under utredningens gång har ytterligare ett alternativ tillförts, det vill säga möjligheten till en medicinakut hela eller delar av dygnet.

Likt många andra regioner står Region Kronoberg inför ekonomiska utmaningar. Resurserna måste användas på ett effektivt sätt. Att fortsätta som idag är inte ett alternativ – vårddköerna växer, arbetsmiljön påverkas negativt och Region Kronoberg måste hushålla med befintliga ekonomiska resurser. I dagens arbetssätt finns det brister ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Att behålla dagens arbetssätt har övervägts, men utifrån beprövad erfarenhet, tidigare utredningar, befolkningsprognos och framtida planeringsförutsättningar har utredningen koncentrerats till ovanstående scenarion. Det krävs såldes en förändring för att kunna tillhandahålla en patientsäker vård, minska det framtida rekryteringsbehovet, förbättra arbetsmiljön och kunna möta framtidens vårdbehov på ett resurseffektivt sätt. Det är viktigt att säkerställa förutsättningar för vård vid rätt tidpunkt och på rätt plats i ett tydligt nivåstrukturerat system, och alltid utifrån medicinskt prioriterade behov.

1.2 Tillvägagångssätt

Utredningen har genomförts under september-november 2024. Ansvarig för utredningen är hälso- och sjukvårdsdirektören.

Risk- och konsekvensanalyserna; riskanalys (patientsäkerhet) och risk- och konsekvensanalys (arbetsmiljö) kommer genomföras i verksamheterna.

Som en del av arbetet med utredningen har två workshops genomförts. Den ena med det elektiva och akuta flödet som huvudfokus med sjukhusvårdens ledningsgrupp som deltagare. Den andra workshopen med samlokalisering av akutmottagning och JLC som huvudfokus där deltagare var representanter från offentlig och privat primärvård, regional chefläkare, sjukhusvårdens båda

chefläkare samt verksamhetsföreträdare från akutkliniken, anestesi och ambulanskliniken.

Därutöver har dialoger förts med hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp, verksamhetschefer i sjukhusvården och verksamhetschefer i primärvården i olika omfattning beroende på vilken inverkan de olika scenarierna har på respektive verksamhet.

Andra stödjande funktioner som exempelvis verksamhetscontroller, ekonomifunktioner, HR-funktioner, patientsäkerhetsföreträdare och andra relevanta funktioner har på olika sätt bidragit till utredningarna.

1.3 Tidigare beslut och relaterade underlag

1.3.1 Utred remisskrav till akutmottagningen (24HSN311)

Till länets akutmottagningar söker sig patienter med olika vårdbehov. I de fall behovet inte är akut eller medför livsfara för individen ska patienten i första hand kontakta vårdcentral eller 1177. Mot bakgrund av detta har hälso- och sjukvårdsdirektören fått uppdraget av hälso- och sjukvårdsnämnden (§93/2024) att utreda remisskrav till akutmottagningen. Med remisskrav avses *obligatorisk vårdkontakt före akutbesök*. Syftet med uppdraget är att se över olika möjliga alternativ som kan främja att invånarna får rätt vård på rätt nivå och minska belastningen på vården. Utredningsuppdraget behandlades av hälso- och sjukvårdsnämnden (§ 156/2024) i november 2024.

1.3.2 Återrapportering – Utredning om behov av jourläkarcentral (JLC) (24HSN364)

Under våren 2024 färdigställdes en utredning som en första genomlysning av Region Kronobergs jourläkarcentraler. Av utredningen framgår bland annat öppettider, bemanning och söktryck. Att tillgänglighet påverkar efterfrågan av vård har konstaterats i tidigare utredningar. I så stor utsträckning som möjligt ska resurser i primärvård användas för tillgänglighet dagtid. Utredningens utgångspunkt var nuvarande organisering med två akutmottagningar.

1.3.3 Konsekvensbeskrivning: gemensam organisation akuten – jourläkarcentralen (24HSN364)

Under 2020 tog primärvården och akutmottagningen gemensamt fram en konsekvensbeskrivning gällande en gemensam organisation för akutmottagningen och jourläkarcentralen. Av den framkommer både positiva och negativa konsekvenser med en återgång till den tidigare samlokaliseringen av JLC Ljungby och akutmottagningen på LL. Utredningen beskriver situationen före pandemin med omfattande problem avseende patientsäkerhet och arbetsmiljö. De negativa konsekvenserna listade är väsentligt fler än de

positiva. De negativa konsekvenserna handlar framför allt om olika former av patientsäkerhetsrisker.

I samma konsekvensbeskrivning belyses även en gemensam fysisk ingång för JLC Växjö och akutmottagningen på CLV. Även här är de negativa konsekvenserna övervägande. Utöver ovan nämnda risker pekade man på att det på akutmottagningen på CLV saknas fysiskt utrymme för att rymma även en jourläkarcentral. Det skulle således medföra en ombyggnation av närliggande lokaler.

Sammantaget ser både primärvården och sjukhusvården få vinster med en gemensam fysisk ingång för akutmottagning och JLC. Istället är en ökad samverkan mellan JLC och akutmottagningarna avgörande för att patienterna ska få rätt vård, i rätt tid och på rätt plats.

1.3.4 Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg inkl. bilagor (23RGK1789)

I utredningen *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* från våren 2024 anges att sjukhusledningen ser stora svårigheter med att i framtiden bemanna för akutsjukvård vid Region Kronobergs två sjukhus. Både patientsäkerheten och tillgängligheten skulle påverkas negativt, och tillgänglig kompetens skulle inte användas på ett effektivt sätt. Följden blev förslag om en samplanering av vårdens innehåll där akuta och elektiva flöden separeras. CLV föreslås att bli regionens akutsjukhus och LL skulle få en ökning av elektiv verksamhet och en tydlig profil med mer specialiserad elektiv vård.

1.3.5 Hantering av verksamheter med anledning av förändrade allmänna bestämmelser om dygnsvila (23RGK1383)

Allmänna bestämmelsers (AB) arbetsstidsregler gällande dygns- och veckovilan blev under 2022 ifrågasatta av EU. I samband med det följde ett intensivt arbete med att förändra dessa regler för att undvika att EU riktade kritik mot Sverige och dess allmänna bestämmelser. Överenskommelse om ändringar och tillägg i huvudöverenskommelsen (HÖK), AB §13 samt specialbestämmelser för läkare tecknades 2023-05-17 och trädde i kraft 2024-02-01. Huvudsakligen omfattar reglerna dygns- och veckovila, samt arbetstidens förläggning. Varje dygn ska innehålla 11 timmars sammanhängande vila. Gällande sammanhängande veckovila följer Region Kronoberg tolkningen från SKR om att den ska vara 36 timmar.

Sammanfattningsvis fick förändringarna i AB § 13 för läkarna konsekvenser för sjukhusvården i Kronoberg, både på LL och CLV. En väsentlig skillnad är att LL har färre läkare att fördela jour och beredskap på varför konsekvensen för LL blir mer kännbar. Det gällde både den akuta verksamheten och den

planerade, vilket innebar konsekvenser avseende både kostnader och produktion/tillgänglighet.

Med anledning av detta hemställde hälso- och sjukvårdsnämnden om en tilläggsbudget av regionfullmäktige på 40 miljoner kronor (motsvarande 21,3 överläkartjänster). Regionfullmäktige beslutade 2024-06-11 om tilläggsbudget för hälso- och sjukvårdsnämnden (RF § 152/2024).

1.3.6 Rekrytering av platschef för Ljungby Lasarett (23RGK2078)

På hälso- och sjukvårdsnämndens sammanträde i februari 2024 (§19/2024) återredovisades ett uppdrag om redovisning av överbeläggningar, omflyttningar, avvikelser och vårdskador kopplat till patientsäkerheten på LL. Eftersom patientsäkerhet är ett komplext område med många dimensioner och aspekter, fick nämnden utöver skriftlig återkoppling också en muntlig genomgång av underlaget. I samband med detta informerades nämnden om att tf. hälso- och sjukvårdsdirektör hade gett verksamhetsområdeschef sjukhusvård i uppdrag att tillsätta en platschef för LL med placering i Ljungby. Rekryteringsprocessen pågick under våren 2024.

Ett flertal personer sökte tjänsten, men samtliga kandidater valde att gå vidare med andra uppdrag eller stanna kvar på nuvarande arbetsplats. Under hösten 2024 har Region Kronoberg tagit ett omtag i rekryteringsprocessen där istället en biträdande sjukhuschef ska rekryteras. Rekrytering av biträdande sjukhuschef pågår.

1.3.7 Vårdplatser och IVA

Socialstyrelsen har på uppdrag av regeringen tagit fram ett förslag till en nationell plan för att minska bristen på vårdplatser inom hälso- och sjukvården. Uppdraget delredovisades i oktober 2023 och genom en slutrapport publicerad i juni 2024 presenterade Socialstyrelsen ett förslag till en sådan plan. En övergripande målsättning med arbetet är att patienter ska ges säker vård av god kvalitet baserat på behov. Rapporten pekar på att vårdens aktörer behöver arbeta med en balans mellan behov och kapacitet, överväga nya arbetssätt, en hållbar kompetensförsörjning samt en god, nära och säker vård. Till planen har Socialstyrelsen tagit fram målsättningar och konkreta insatsförslag på hur staten, regioner och kommuner kan åstadkomma denna utveckling.

Landets regioner föreslås att inom ramen för de egna verksamheterna arbeta för att minska vårdplatsbristen genom att utföra utvecklingsarbeten i linje med planens föreslagna insatser. Planen är indelad i fem fokusområden;

- Utveckla systematisk produktions- och kapacitetsstyrning.
- Säkerställ hållbar kompetensförsörjning.
- Använd kompetensen ändamålsenligt.

- Ställ om till en god och nära vård.
- Agera för en säker vård.

Planen visar på en potential att uppnå en balanserad vårdplatssituation år 2026, och att det totala behovet av disponibla vårdplatser därefter på sikt kan komma att minska.

Socialstyrelsens underlag visar att mot bakgrund av Region Kronobergs befolkningsstorlek bör det i länet på kort sikt finnas 314 disponibla vårdplatser. År 2023 hade Region Kronoberg 275 disponibla vårdplatser. Det kräver således en ökning med 14 %. Vidare framgår det av Socialstyrelsens underlag att baserat på Region Kronobergs befolkningsstorlek bör det på kort sikt finnas 8,7 disponibla IVA-platser i regionen, och på lång sikt 8,9 disponibla IVA-platser. Under år 2023 hade Region Kronoberg i snitt 6,5 disponibla¹ IVA-platser.² Anestesi kliniken anger att det idag finns en resiliens på 8 IVA-platser i regionen. Det innebär att man i nuläget har en förmåga att på kort tid öka kapaciteten i regionen till totalt 8 IVA-platser, med en resiliens för att möta ett akut behov av ytterligare resurser.

Nationellt minskar behovet av intensivvård. Exempelvis framgår av årsrapporten från Svenskt intensivvårdsregister (SIR) 2023 att antalet rapporterade vårdtillfällen på IVA minskat under åren 2019–2023.³ Nationellt finns en liten nedgång i tillgängliga IVA-platser⁴ vilket kan vara en delförklaring. Ett minskat behov av intensivvård kan också vara en delförklaring. SIR bedömer att ett lågt antal IVA-platser riskerar leda till försämrad kvalitet på vården och försenad tillgång till vård på rätt vårdnivå.⁵ Av Riktlinjer för svensk intensivvård framgår att en intensivvårdsavdelning bör som minst vara dimensionerad för, och regelbundet kunna bedriva vård av, fyra samtidiga intensivvårdspatienter. Syftet är att kunna upprätthålla en hög kvalitet på vården.⁶

Inom Region Kronoberg pågår just nu en översyn av regionens IVA-platser.

¹ Avser det viktade genomsnittliga antalet beläggningsbara IVA-platser vid punktmätningar under vecka 12, vecka 29 och vecka 42 2023. Viktningen har gjorts för att på ett representativt sätt spegla vardag respektive helg, dag respektive natt och sommarsäsong respektive vår-/höst. För mer information se Socialstyrelsen (2024) Plats för vård. Förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården s 109.

² Socialstyrelsen (2024).

³ Svenska intensivvårdsregistret (2023). Årsrapport 2023. s 35

⁴ Årsrapporter från Svenskt intensivvårdsregister 2018, 2019, 2022 och 2023

⁵ Engelström Lars, Svenskt intensivvårdsregister (2024), SFAI & AnIva-veckan i Helsingborg 2024

⁶ Svensk förening för anestesi och intensivvård (2024).

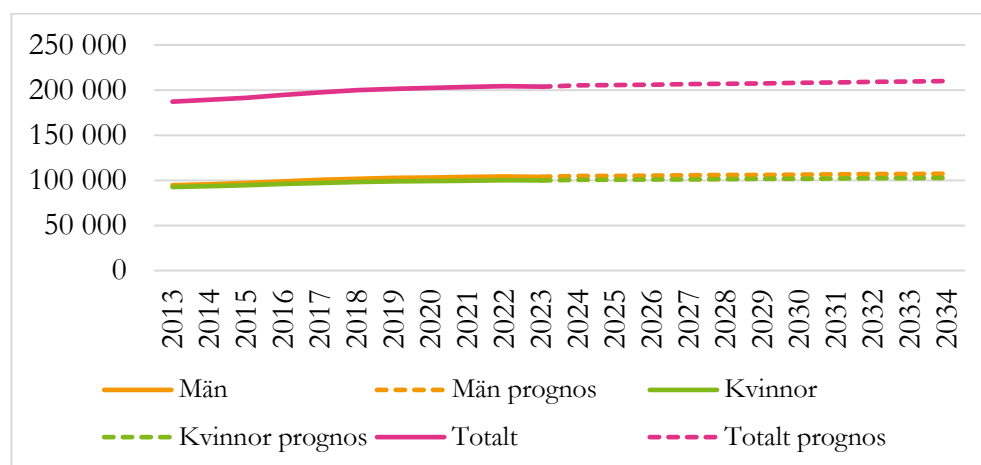
2. Nuläge

För att sätta svensk sjukvård i en internationell samt historisk kontext är det av intresse att nämna att Sverige är ett av de länder som har flest sjukhusläkare i världen per capita. Det kan förklaras genom att svensk hälso- och sjukvård i ett historiskt perspektiv dominerats av investeringar i specialistvård och akutsjukhus.⁷ Ur ett internationellt perspektiv har svensk vård goda resultat vad gäller medicinsk kvalitet men sämre i jämförelser vad gäller kontinuitet, delaktighet och tillgänglighet.⁸

I följande stycke kommer Region Kronobergs nuläge presenteras avseende vårdbehov, bemanning och köpt vård.

2.1 Befolkningsprognos Region Kronoberg

Enligt Statistiska Centralbyråns (SCB) befolkningsprognos från juni 2024 antas befolkningen i Kronobergs län öka med 4000 personer till och med år 2040. Det innebär en ökning med 2,2 % jämfört med 2023 och kan sättas i relation till den förväntade befolkningstillväxten i riket på 4 % under samma tidsperiod. Den totala folkmängden i Kronoberg ökar, men i en långsammare takt än tidigare.⁹



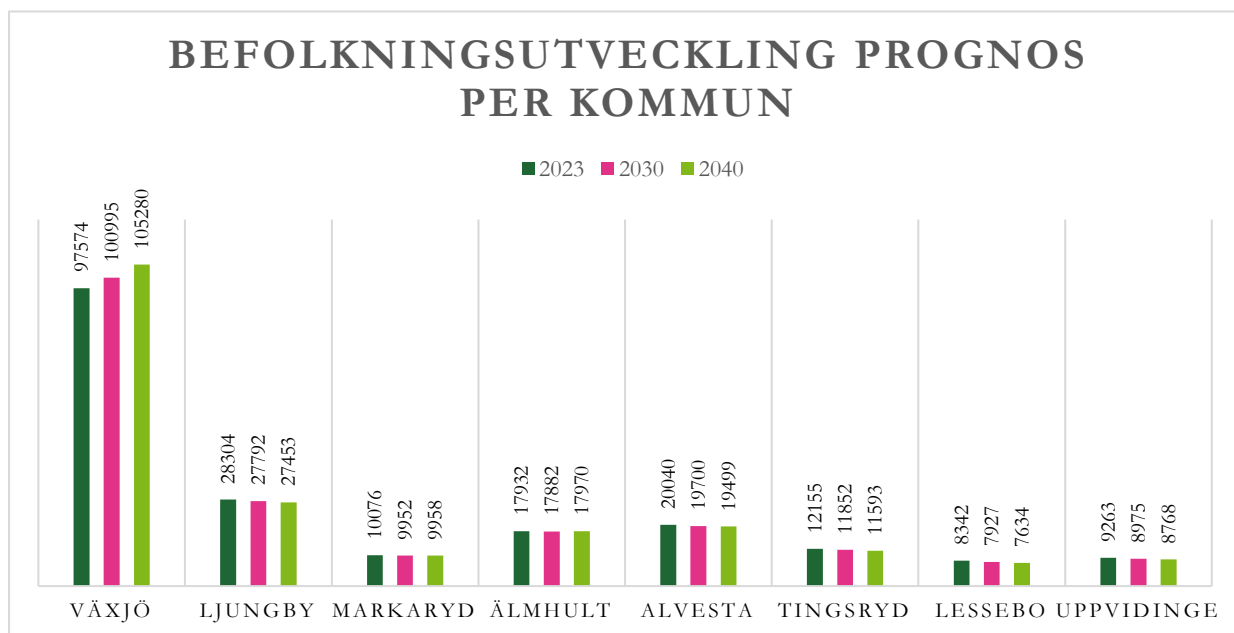
Folkmängden i Kronoberg ökar långsamt, år 2013–2023 och prognos år 2024–2034. Källa: SCB

⁷ SOU 2018:39 s 455

⁸ SOU 2018:39 s 13

⁹ SCB (2024).

När befolkningsprognosen bryts ner på kommunnivå framgår tydligt att befolkningsutvecklingen i Växjö är positiv, medan övriga kommuners utveckling blir tämligen oförändrad.



2.2 Basprognos för Region Kronobergs framtida vårdbehov

Region Kronoberg bedriver idag både akut och elektiv vård av patienter på två sjukhus – Centrallasarettet i Växjö och Ljungby lasarett. Klinikerna bedriver olika mycket verksamhet på de båda lasaretten. Båda sjukhusen hanterar idag såväl akuta som elektiva operationer. Av den totala operationstiden dagtid på vardagar på de båda sjukhusen utgörs 70 % av elektiva operationer och 30 % av akuta operationer. Fördelat på hela dygnet utgörs 45 % av operationsenhetens tid akut vård, och 55 % av elektiv vård.¹⁰ Att bemanna dessa båda akuta och elektiva flöden innebär vissa utmaningar.

I samband med arbetet med rapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* som redovisades i regionstyrelsen i juni 2024 togs en basprognos fram för Region Kronobergs framtida vårdbehov. Utifrån scenariot att regionen fortsätter leverera vård på samma sätt som idag och vid två akutsjukhus, vittnar underlaget om att regionen kommer att få svårt att upprätthålla en god kapacitet på den elektiva vården. Anledningen är att det akuta behovet av

¹⁰ Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s 47

besök och operationer fortsätter öka – minst lika mycket som det elektiva behovet – samtidigt som det är svårt att upprätthålla en god bemanning.¹¹

Med anledning av att den akuta vården måste prioriteras före den elektiva vården, riskerar bristen på medarbetare med rätt kompetens således ha en stor inverkan på produktionen av den elektiva vården på sikt.¹² Med en oförändrad tillgång till personal och ett oförändrat vårdutbud på länets två sjukhus, visar rapporten exempelvis att antalet patienter som väntar längre än 90 dagar på operation kommer trefaldigas och att medicinkliniken kommer utveckla en kö till öppenvårdsbesöken. Möjligheten att köpa vård kommer på sikt inte vara densamma som idag, med anledning av att kompetensförsörjningen är en utmaning även nationellt.¹³

Jourlinjerna på de båda sjukhusen är redan idag sköra och flera kliniker har utmaningar med vakanser. På LL behöver man idag kombinera jourlinjen för kirurg och ortoped – både av tradition och för att klara av arbetet. En fortsatt leverans av hälso- och sjukvård på samma sätt som idag – med specialistkompetenser som binds upp till jourlinjer på kväll, natt och helg – kommer innebära en avsaknad av tillgänglig kompetens dagtid i öppenvård och på operation. Samtliga kliniker som idag bemannar jourlinjer på akutmottagningen på LL ser stora utmaningar med att år 2030 kunna bemanna dessa utan stora konsekvenser på den elektiva vården.

Av rapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* framgår att det är stora svårigheter med att bemanna för både akutsjukvård och elektiv vård vid två sjukhus i framtiden.¹⁴

2.3 Region Kronobergs långsiktiga planeringsförutsättningar

En del av Region Kronobergs långsiktiga planeringsförutsättningar är skatteunderlagsprognoser från SKR. Prognoserna inkluderar innevarande år 2024 samt de kommande sju åren. Normalt ökar skatteintäkterna med cirka 4% per år. Nedan redovisas prognosen gällande skatteintäkter för åren 2024–2031 och procentuell förändring per år.¹⁵

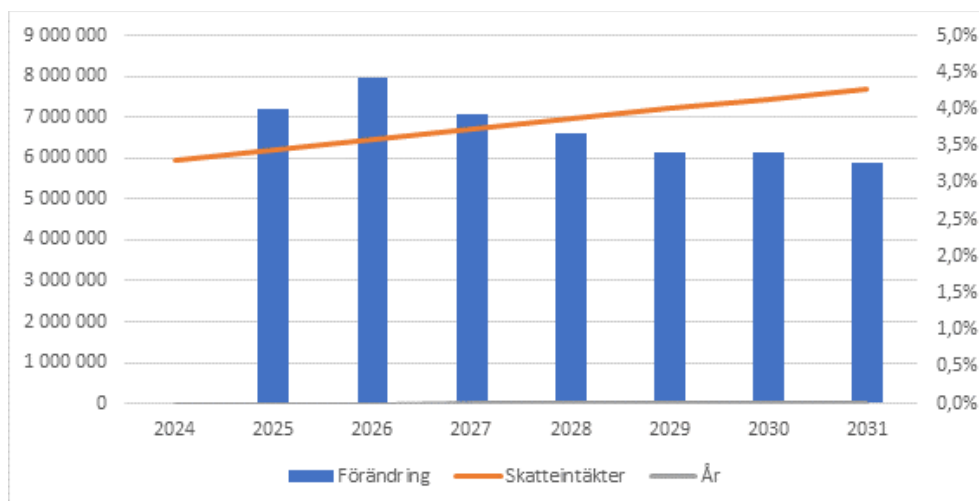
¹¹ Region Kronoberg (2024). (23rgk1789-13)

¹² Ibid. s 6, samt Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s 42, 48, 56, 58

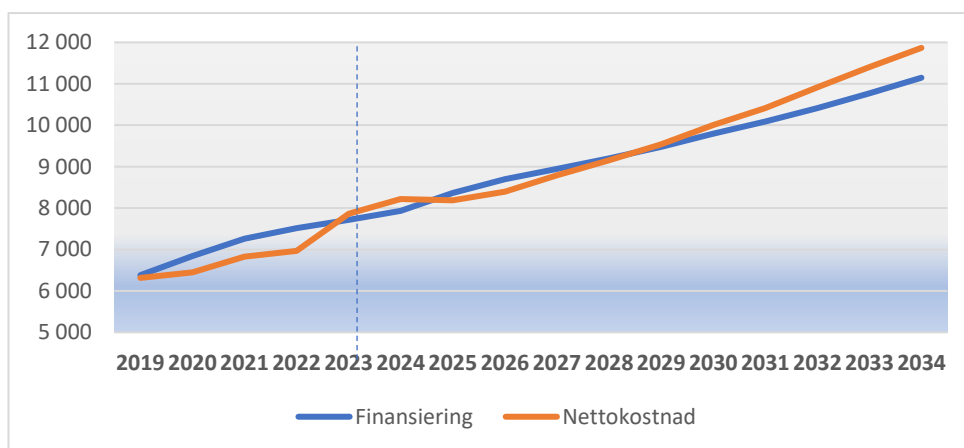
¹³ Region Kronoberg (2024). (23rgk1789-13) s 7

¹⁴ Ibid. s. 1

¹⁵ SKR (2024).



I Region Kronobergs långsiktiga planeringsförutsättningar för perioden 2024 – 2034 förväntas det ekonomiska resultatet utvecklas enligt diagrammet nedan.¹⁶



Utfall och trendframskrivning av finansiering och nettokostnad 2019-2034, (belopp i miljoner kronor).

I Region Kronobergs långsiktiga planeringsförutsättningar för perioden 2024–2034 går att läsa att den demografiska försörjningskvoten¹⁷ i Kronobergs län är 80, vilket innebär att 100 personer i arbetsför ålder (20–65 år) behöver försörja ytterligare 80 personer, som är yngre och/eller äldre, utöver sig själv. Försörjningsbördan i länet ökar när andelen personer i arbetsför ålder minskar.¹⁸

2.4 Bemanning

Sammanfattningsvis är bemanningsläget i flera verksamheter ansträngt. Målbilden är att Region Kronoberg har en robust hälso- och sjukvård med en

¹⁶ Region Kronoberg (2024). (24rs33-11)

¹⁷ Den demografiska försörjningskvoten är antalet personer utanför arbetsför ålder dividerat med antalet personer i arbetsför ålder och därefter multiplicerat med 100.

¹⁸ Region Kronoberg (2024). (24rs33-11).

stabil bemanning och bred kompetens. För att kunna erbjuda en god och nära vård med hög kvalitet på rätt vårdnivå kan det således krävas förändringar.

I följande stycke redovisas uppgifter avseende bemanningsläget inom sjukhusvården. I verksamheter med kompetensförsörjningsutmaningar har förändringar över tid försvårat analyser och prognoser kring bemanningsläget. Personalomsättningen varierar. Utredningen vill därför betona att uppgifternas aktualitet i detta avsnitt kan variera.

2.4.1 Bemanningsläget sjukhusvården

Sjukhusvården brottas med bemanningsproblematik. Det rör framför allt sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor men även till viss del undersköterskor. Läkare under utbildning finns att anställa på arbetsmarknaden, men det saknas läkare med specialistkompetens.

På läkarsidan på LL har framför allt anestesikliniken, medicinkliniken och ortopedkliniken ett utmanande läge. På sjuksköterskesidan har flera kliniker utmaningar med rekryteringen på LL, där framför allt anestesikliniken och medicinkliniken sticker ut. Även på CLV finns kliniker med utmaningar på rekryteringsfronten. Exempelvis har medicinkliniken vakanser på både läkar- och sjuksköterskesidan. Akutkliniken och anestesikliniken har utmaningar avseende sjuksköterskor. Bemanningsläget är föränderligt och förändras således från dag till dag.

Eftersom den akuta verksamheten måste prioriteras finns risk att den elektiva bemanningen minskar i framtiden med anledning av begränsade personella resurser. Rapporten *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* beräknar att man på operationsenhetens personaltillgång avseende undersköterskor som kan arbeta med den elektiva vården kommer minska med 7 % fram till år 2030 utan förändringar.¹⁹

Av rapporten *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* som redovisades på regionstyrelsen 2024 framgår att man på både akutmottagningen och operationsenheten behöver bli fler i framtiden – oberoende av framtida organisering av sjukhusvården. Hur många fler anställda som krävs kan däremot variera beroende på vilka beslut som tas framöver om sjukhusvårdens organisation.

2.4.2 Hyrpersonal sjukhusvården

Rekryteringssvårigheterna innebär att många kliniker inom sjukhusvården blivit beroende av hyrpersonal under åren. För att möta framtidens behov av vård pågår ett aktivt arbete i både Region Kronoberg och nationellt för att minska beroendet av hyrpersonal. Ett nationellt avtal tecknades under våren 2024

¹⁹ Sirona (2023). (23rgk1789-13.1) s. 48

mellan samtliga regioner. Syftet är bland annat att stärka regionernas möjligheter att styra hyrbemanningen, höja kvaliteten bland avtalade hyrbolag, sänka hyrbolagens priser och att minska möjligheterna till konkurrens mellan regionerna.

I Region Kronoberg pågår arbetet att minska hyrberoendet och arbetet har gett resultat. Det senaste året har antalet hyrsjuksköterskor minskat. Exempelvis har man på medicinavdelning 5 och på dialysenheten på LL blivit hyrberoende avseende sjuksköterskor. De avrop som idag görs ger däremot färre svar än tidigare vilket är en konsekvens av det nationella avtalet. Det innebär ytterligare en osäkerhetsfaktor i bemanningsplaneringen.

Precis som flera andra kliniker i Region Kronoberg är exempelvis både akutkliniken och anestesikliniken idag hyrberoende. På grund av den allvarliga sjuksköterskebristen har en rad förändringar varit nödvändiga, däribland servicevårdarnas roll. Deras arbete innefattar sådant som inte kräver vårdkompetens. Exempelvis ingår numera i deras roll att tillse välfungerande patienttransporter.

På IVA är bemanningsläget ansträngt och har varit det under en längre tid. Det gäller både CLV och LL, men uppges mest allvarligt för IVA-sjuksköterskor på LL som i dagsläget har en stor andel hyrpersonal. Bemanningsläget är dock föränderligt vilket innebär att uppgifterna löpande måste uppdateras för att vara aktuella.

Däremot är AVA idag fullbemannad och har ett viktigt uppdrag att fungera som dragspel i vårdplatsbeläggningen. Om en klinik saknar vårdplatser får den kliniken fler vårdplatser på AVA, vilket fördelas utifrån aktuell situation på respektive klinik med täta avstämningar under hela dygnet. Även på AVA kan bemanningsläget förändras snabbt.

2.4.3 Extra rekrytering av läkare med anledning av förändringarna i Allmänna bestämmelser

Förändringarna i AB § 13 för läkarna medför konsekvenser för sjukhusvården i Kronoberg, både på LL och CLV. En väsentlig skillnad är att LL har färre läkare att fördela jour och beredskap på varför konsekvenserna blir mer kännbara - såväl för den akuta verksamheten som den planerade. Det påverkar både kostnader och produktion/tillgänglighet.

I samband med beslut om *Verksamhetskonsekvenser utifrån förändringar i Allmänna bestämmelser om dygnsvila och arbetstidens förläggning för läkare* i maj 2024 (§ 82/2024, 23RGK1383) redovisades en bedömning av nuläget.

För att klara av förändringarna i AB bedömde sjukhusvården att de behövde en utökning av budgeterade tjänster med 21,78 tjänster. Detta inkluderade tillskott för att täcka beredskapslinjerna för hematologi, kärl samt urologi.

Regionfullmäktige beslutade i juni 2024 (RF § 152/2024) att anslå 40 miljoner kronor (årsbasis) till sjukhusvården för att klara allmänna bestämmelsers (AB) arbetstidsregler gällande dygns- och veckovila avseende läkare. För att klara AB och bemanningen av bakjouren behövs högre läkarkompetens. Rekrytering påbörjades efter sommaren och annonser låg ute under perioden 20 augusti – 6 oktober. Sammanfattningsvis var det 17 sökande till tjänsterna. Av de utannonserade tjänsterna fanns inga sökande till medicinkliniken på CLV och urologiberedskap. Bland de sökande var det endast två som bedömdes uppfylla kriterierna. En specialistläkare på anestesikliniken på CLV har anställts och påbörjade sin anställning i november.

2.5 Utbildningsläkare

Specialisttjänstgöring (ST), allmäntjänstgöring (AT) och bastjänstgöring (BT) finns på båda sjukhusen idag.

I dagsläget erbjuds huvudplacering för BT både på LL och CLV. För BT-läkarna ska det ingå minst tre månader akut sjukvård i bastjänstgöringen, nuvarande upplägg för BT-utbildningen i Kronoberg är akut sjukvård fem månader fördelat på kirurgi och medicin. För att säkerställa utbildningstjänster för läkare inom sjukhusvården kommer även i framtiden de båda sjukhusen att behöva användas.

Det pågår en utredning gällande övergången från AT till BT år 2027. Utredningen ska vara klar i maj 2025 och synpunkter kommer inhämtas från linjeorganisationen.

I ST-utbildningen i internmedicin rekommenderas 12 månader på akutmottagning/jour för att uppnå målbeskrivningens krav, och motsvarande krav på tjänstgöring i akut kirurgi finns för ST i allmänkirurgi och för akut ortopedi och traumatologi för ST i ortopedi. Om all akutvård skulle koncentreras till CLV skulle det innebära betydligt mer omfattande sidotjänstgöring än i dag och/eller jourtjänstgöring på CLV för att uppnå målbeskrivningens krav för ST i internmedicin, allmänkirurgi och ortopedi. En förändring i utbudet på LL kommer följaktligen att innebära en påtaglig omställning i tjänstgöringsupplägg för utbildningsläkare.

I samband med förändringarna i allmänna bestämmelser för läkare framgick följande: För ST-läkare kan förändringarna i AB komma att resultera i förlängd tjänstgöringstid. Det beror på att de opererande specialiteterna kirurgi och ortopedi får för lite utbildningstid dagtid på grund av jourkomplett. Redan tidigare har problem funnits med för stor andel jour i förhållande till annan tjänstgöring, vilket gör det svårt att uppnå målen i målbeskrivningen inom förväntad 5-årig tjänstgöringstid i ST. Vidare kan ST-läkare delta vid färre internutbildningar eftersom det inte längre går att exempelvis delta på utbildning en eftermiddag under en nattjournsvecka. Vid SPUR-granskning av ST-läkare på internmedicin på LL genomförd under januari 2024 framkom att

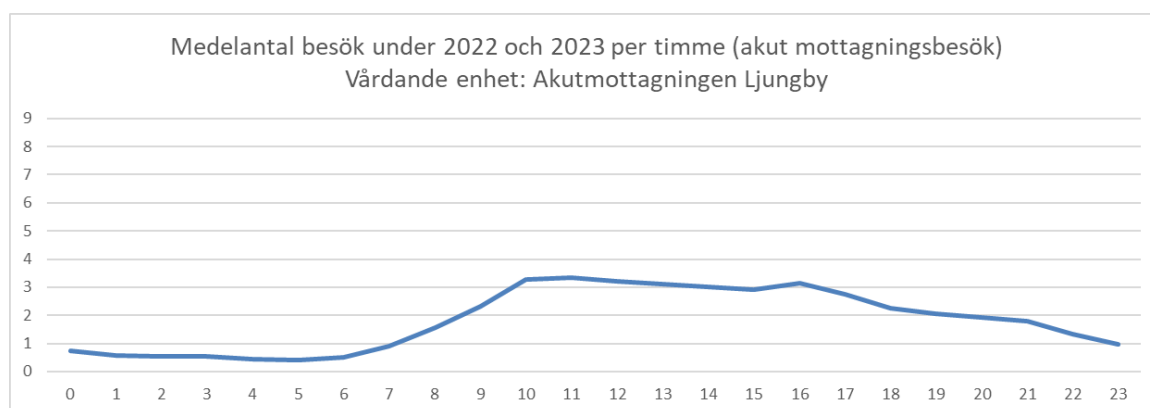
tjänstgöring vid akutmottagningen och jourarbete uppfyller närmare hälften av den samlade tjänstgöringen för ST-läkare. Den höga andelen jourtjänstgöring innebär att utbildning i andra områden blir lidande och ST-läkaren har svårigheter att uppfylla målbeskrivningens krav för specialistkompetens.²⁰ I den SPUR-granskning som genomfördes hösten 2024 på kirurgkliniken återfinns i den preliminära rapporten kritik för att ST-läkarna har för mycket jourtid. Det leder till att ST-läkarna får för lite tid för utbildning i kirurgi.

2.6 Tillgänglighet inom sjukhusvården

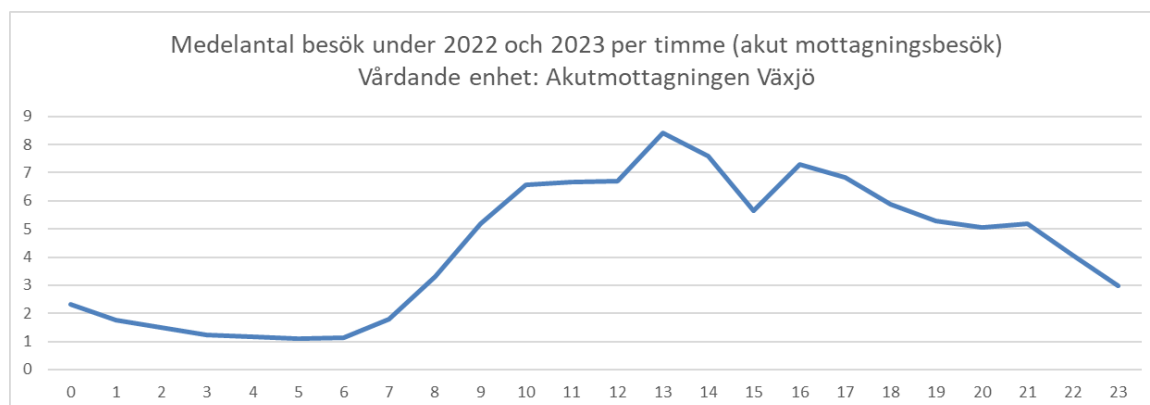
Nedan redovisas aktuell tillgänglighetsstatistik inom sjukhusvården.

2.6.1 Akutsjukvård

Av nedan två linjediagram framgår att inkommande patienter per timme till akutmottagningarna på LL och CLV ökar dagtid för att sedan sjunka under kväll och natt.



Medelantal besök under 2022 och 2023 per timme på akutmottagningen LL



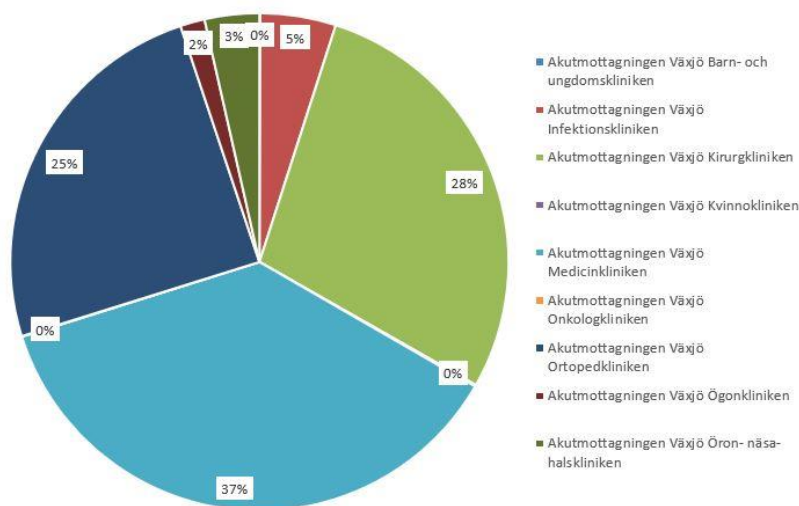
Medelantal besök under 2022 och 2023 per timme på akutmottagningen CLV

²⁰ Region Kronoberg (2024). 23rgk1383-14

Akutmottagningen på CLV hade under 2023 sammantaget 38 427 kontakter. Kontakterna avser både läkarbesök och sjuksköterskebesök. Dessa kontakter fördelades på klinikerna på CLV enligt följande:

<i>Klinik</i>	Antal kontakter
<i>Barn- och ungdomskliniken</i>	20
<i>Infektionskliniken</i>	1 886
<i>Kirurgkliniken</i>	10 864
<i>Kvinnokliniken</i>	40
<i>Medicinkliniken</i>	14 145
<i>Onkologkliniken</i>	14
<i>Ortopedkliniken</i>	9 486
<i>Ögonkliniken</i>	611
<i>Öron- näsa- halskliniken</i>	1 361
Totalt	38 427

Andelen besök per klinik på CLV under 2023 redovisas nedan. Av den framgår att 37 % av besöken var till medicinkliniken, 28 % till kirurgkliniken och 25 % till ortopedkliniken. Övriga besök fördelas på resterande.

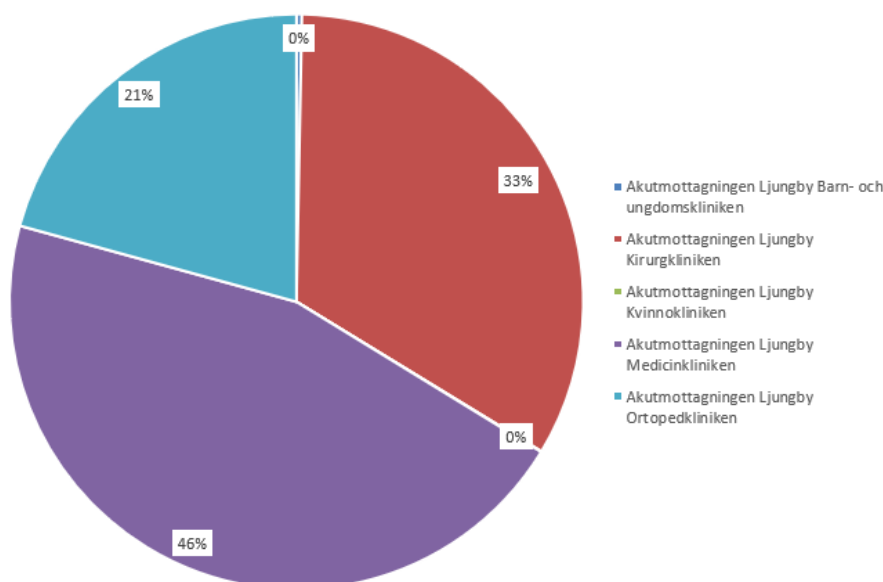


Av figuren framgår andel besök på akutmottagningen på CLV uppdelat på respektive klinik. Data från 2023.

Motsvarande siffror för LL redovisas nedan, där det totala antalet kontakter på akutmottagningen under år 2023 var 16 578. Kontakterna avser både läkarbesök och sjuksköterskebesök.

<i>Klinik</i>	Antal kontakter
<i>Barn- och ungdomskliniken</i>	51
<i>Kirurgkliniken</i>	5 537
<i>Kvinnokliniken</i>	6
<i>Medicinkliniken</i>	7 546
<i>Ortopedkliniken</i>	3 438
Totalt	16 578

Andelen besök per klinik på LL under 2023 redovisas nedan. Av den framgår att 46 % av besöken var till medicinkliniken, 33 % till kirurgkliniken och 21 % till ortopedkliniken.



Av figuren framgår andel besök på akutmottagningen på CLV uppdelat på respektive klinik. Data från 2023.

2.7 Köpt vård

Nedan redovisas den utomlänsvård som Region Kronoberg köpte under 2023 uppdelat på sjukhusvårdens kliniker. Tabellen inkluderar både antalet dagkirurgiska ingrepp och slutenvårdstillfällen. Längst ner i tabellen redovisas också motsvarande summa för perioden januari-september 2024, med reservation för en viss eftersläpning i faktureringen årsvis.

Tabellen redovisar endast kostnader för dagkirurgiska ingrepp och slutenvårdstillfällen. Kostnader för nybesök, patienthotell och dylikt är exkluderade. Vidare har även konvalsensvård, psykiatrivård och rehabvård uteslutits från tabellen.

Sammantaget visar tabellen att Region Kronoberg under 2023 betalade cirka 54 miljoner kronor för den köpta vården inom ramen för vårdgarantin. Därutöver uppgår kostnaden för den remitterade länssjukvården till 634 000 kronor och vård med anledning av patientens önskan till 830 000 kronor. Utöver det som visas av tabellen nedan tillkommer en kostnad för den högspecialiserade vården på 410 miljoner kronor.

2023	P - Patientens önskan	R - Remitterad länssjukvård *	V - Vårdgaranti
<i>Kostnadsbärare</i>	Kostnader (tkr)	Kostnader (tkr)	Kostnader (tkr)
<i>Barn- och ungdomskliniken</i>		165	
<i>Hudkliniken</i>		4	475
<i>Kirurgkliniken</i>			13 754
<i>Kvinnokliniken</i>		402	1 317
<i>Medicinkliniken</i>	40		45
<i>Ortopedkliniken</i>	130	60	36 783
<i>Ögonkliniken</i>	54	7	2 130
<i>Öron-, näsa- och halskliniken</i>			355
Totalt 2023	224	634	54 859
Summa jan-sep 2024	830	99	19 801

*def = vård som är planerad och som utförs inom länssjukvården i Region Kronoberg men som inte kan utföras pga. exempelvis personalbrist.

2.8 Sommaren 2023 och 2024

Under sommaren 2023 stängde IVA på LL under veckorna 26-33. Då fanns enbart verksamhet bestående av pre- och postoperativ vård samt konsultativ verksamhet. Upplägget utvärderades i efterhand och resultatet visar att de analyser och åtgärder som gjordes inför förändringen var relevanta.

Tillgängligheten till intensivvård var god under sommarveckorna. Totalt vårdades 15 patienter på CLV som annars hade vårdats på LL. Samtliga patienter fick vård i tid och arbetet fungerade väl genom ett strukturerat och väl förberett arbetssätt. Vårdnivåerna på CLV (MIMA/AVA-OBS/IVA) fungerade mycket bra avseende både tillgänglighet och samarbete.

Under sommaren rapporterades inga avvikelser som medfört vårdskada eller risk för vårdskada som kunde kopplas till något av följande av processer: tillgänglighet till intensivvård i Kronoberg, tillgänglighet till operation, akut svårt sjuk, transporter mellan sjukhus, konsultativt stöd eller arbetsmiljö. De få avvikelser som rapporterades handlade om bristande kommunikation i form av olika bedömningar och/eller triagering eller att planen ej följts. Under perioden inträffade inga avvikelser beträffande arbetsmiljö som ansågs bero på

reduktionen av IVA-platser. Primära och sekundära transporter till andra regioners sjukhus ökade inte med anledning av det förändrade uppdraget på LL. Däremot såg man, enligt förväntan, en ökning av antalet sekundärtransporter mellan sjukhusen i Kronobergs län.²¹

Mellan 10 juni till 19 augusti 2024 stängdes akutmottagningen på LL kl. 18.00-07.00. Patienter som kommit till akutmottagningen innan kl. 18 färdigbehandlas på LL. Stängningen innebar att patienter i behov av akut vård mellan kl. 18.00-07.00 togs om hand på CLV. Patienter i ambulans med ett livshotande tillstånd omhändertogs på LL fram till kl. 21. Medicin- och kirurg-/ortopedjour fanns tillgänglig för att garantera ineliggande patienter på LL en trygg och säker vård dygnet runt under sommaren. IVA bedrev full verksamhet på LL hela sommaren. Anledningen till stängningen var bemanningsutmaningarna i sjukhusvården under sommaren. Utvärdering av stängningen av akutmottagningen visar att den kunde genomföras utan allvarliga konsekvenser. Det finns ett par avvikelser kring patienter som sökt vård när det varit stängt men som istället omhändertagits av ambulansverksamheten.

2.9 Sammanfattning av nuläget

Vården ska vara jämlik och ges till invånarna utifrån behov. Region Kronobergs hälso- och sjukvård ska vara robust med högsta möjliga patientsäkerhet för regionens invånare. Regionen ska använda sina ekonomiska resurser på ett klokt sätt och vara en attraktiv arbetsgivare där det finns förutsättningar att utvecklas i sin yrkesroll. Av ovan redovisade nulägesbild framgår att det krävs förändring för att regionens gemensamma resurser ska användas på ett effektivt sätt. Förändring är avgörande för en patientsäker vård med god kvalitet och en hög effektivitet likväl som god arbetsmiljö.

Precis som landets övriga regioner står Region Kronoberg inför stora utmaningar avseende kompetensförsörjningen. Utan kontinuitet i verksamheten uppstår utmaningar. Det gemensamma lärandet är en avgörande del för att säkerställa en god, säker och kunskapsbaserad vård som utgår från både evidens- och erfarenhetsbaserade metoder. Vakanser och bristande kontinuitet kan få negativa konsekvenser för kompetensutvecklingen. Det behövs en förändring för att kunna ge ST-läkare en bra utbildning utan en för stor andel jour. Vidare är jourlinjerna idag svåra att bemanna – både med ST-läkare på primärjour och specialistläkare på bakjour.

Akutmottagningen på LL nattetid har idag en relativt låg patientvolym med få akuta operationer. Det innebär att jourresurserna nattetid inte används i någon

²¹ Region Kronoberg (2023). Rapport: Uppföljning av förändrat uppdrag för IVA Ljungby, 2023-09-20. (23rgk1886)

större utsträckning, bedöms vara en dyr resurs och innebär en ineffektiv användning av resurserna.

De båda sjukhusens jourlinjer dygnet runt för akuta larm får konsekvenser för antalet elektiva ingrepp dagtid. Det elektiva flödet på både CLV och LL behöver alltid kunna pausas till förmån för akuta insatser. Bemanningen på jourtid tillsammans med vakanser inom flera verksamheter innebär att antalet elektiva ingrepp inte ligger i paritet med behovet. Patienter behöver således, inom flera klinikers verksamhetsområden, skickas till andra aktörer/regioner för att få den vård de behöver. Den köpta vården innebär stora kostnader för regionen. Med ett annat flöde och omprioriteringar där fler elektiva ingrepp kan genomföras i egen regi kan Region Kronoberg omfördela befintliga resurser. Det är också avgörande för att den akuta vården ska kunna bedrivas med en god kvalitet nära patienterna.

Sammanfattningsvis återfinns idag utmaningar som bidrar till en ojämlig vård i Kronobergs län. För att kunna bedriva en patientsäker och resurseffektiv vård i framtiden krävs förändringar.

3. Organisering av akutflödet och produktionen av den elektiva vården

I följande avsnitt redovisas en övergripande analys av det akuta flödet och elektiva produktionen utifrån de tre scenarion som angavs inledningsvis på sidan sju. Avslutningsvis återfinns en sammanfattande bedömning.

3.1 Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett

Scenariot innebär reducerade öppettider på akutmottagningen på LL (öppet varje dag från ca 07.30-18.00). Det skulle innebära att de akuta patienterna hänvisas till CLV nattetid.

Av utredningen inhämtat material bedöms detta alternativ vara både lämpligt och genomförbart utifrån nuläge. Verksamheterna bedömer att detta till stora delar är genomförbart inom ramen för respektive budget. Några verksamheter anger dock att utökade resurser krävs, exempelvis ambulansverksamheten. En fördjupad översyn av samtliga verksamheter skulle dock krävas.

Resursförstärkning av ambulansverksamheten krävs för bibehållen tillgänglighet och patientsäkerhet i västra länsdelen. Ambulansverksamheten uppskattar att förstärkning med en nattambulans på västra sidan är nödvändig, vilket kräver utökade tjänster om 7,7. Det motsvarar en uppskattad kostnad av ca 7,7 miljoner kronor per år. Utöver kostnad för utökade tjänster tillkommer

ett ökat antal körda mil, vilket medför ökade kostnader för drift av ambulansfordon, bränsle, service och reparationer.

Kirurgkliniken och ortopedkliniken uppger att förändringarna skulle innebära att den tid som frigörs från minskad jourtid skulle kunna användas för ökad bemanning dagtid. Klinikerna uppger att scenariot således skulle kunna leda till en förbättrad arbetsmiljö framför allt på LL, där man uppger att budgeterat tjänstetrymme inte motsvarar uppdragets omfattning. Klinikerna har idag en tung arbetsbörda med anledning av vakanser på både läkar- och sjuksköterskesidan.

Ett annat argument som stärker scenariots genomförbarhet är den låga patientvolymen nattetid på akutmottagningen på LL samt det låga antalet akuta operationer nattetid på LL som i dagsläget bidrar till en ineffektiv användning av resurserna.

Under sommaren 2023 var IVA-platserna på LL tillfälligt stängda och en särskild sommarrutin upprättades för ambulansverksamhetens transporter av larmpatienter. Där fanns undantag för vissa prio 1-patienter som ändå transporterades till akutmottagningen på LL. Scenariot kräver en tydlig avgränsning och hänvisningsrutin för vilka patienter som kan komma till akutmottagningen på LL eftersom avsaknaden av IVA-platser minskar beredskapen på plats. De svårast sjuka patienterna dirigeras redan idag med ambulans till CLV eller det sjukhus som är närmast, tex. Hallands sjukhus Halmstad.

Scenariot skulle kräva mer transportresurser än idag då patienter kan behöva flyttas mellan sjukhusen i större utsträckning. Det finns en risk för undanträngning då resurser dagtid binds för transport istället för ordinarie verksamhet. Scenariot kräver således differentierade resurser som exempelvis kompletterande ambulansbil eller någon motsvarighet till Linnéan (som kör hjärtpatienter och strålningspatienter mellan Blekingesjukhuset i Karlskrona och CLV). Ur ett patientsäkerhetsperspektiv finns det alltid en risk med transporter. Redan idag transporteras svårt sjuka patienter till omkringliggande regioner vid behov av specialistkompetens, ex vid nationell högspecialiserad vård.

Tidigare sommarutvärderingar från 2023 och 2024 visar att tillfälliga stängningar av IVA eller reducerade öppettider på akutmottagningen på LL har kunnat genomföras utan allvarliga konsekvenser. Samtidigt går det inte att dra allt för stora slutsatser av somrarna då bemanningsläget generellt är mer ansträngt under sommarmånaderna och att patientflödet kan se annorlunda ut. Under sommaren kan tillfälliga förflyttningar och/eller hopslagningar av verksamheter och avdelningar även ske.

Att stänga akutmottagningen nattetid på LL ställer krav på andra delar av organisationen för att möta upp behovet. Såväl ambulansverksamhet som JLC och primärvården påverkas på olika sätt. En fördjupad analys skulle krävas för att tydliggöra deras ansvarsområden där det även kan finnas anledning att inkludera länets kommuner. Det skulle kräva en utökad samverkan för att med patientens bästa i fokus överbrygga organisationsgränser i syfte att använda befintliga resurser på ett så effektivt sätt som möjligt. Ett gott exempel på just detta är den samverkansmodell mellan kommunal primärvård, regional primärvård och ambulansverksamheten som startade i Tingsryd och som syftar till att erbjuda personcentrerad vård i nära anslutning till hemmet för att undvika onödiga slutenvårdstillfällen.

Resurser som frigörs från jourlinjer nattetid kan användas för en förbättrad arbetsmiljö på LL, men också för utökade möjligheter till ökad produktion av elektiv vård. I förlängningen skulle det kunna leda till kortare köer och en minskad andel köpt vård inom ramen för vårdgarantin. Fördelarna med scenariot är dock avhängigt tillgången till rätt kompetens och verksamheterna uppger att man är osäkra på i vilken omfattning den elektiva produktionen skulle kunna öka i detta scenario.

Ur ett invånarperspektiv finns flera fördelar med ökad elektiv produktion i form av snabbare tillgång till vård och färre resor till andra regioner för vård inom ramen för vårdgarantin. Studier visar på att kontinuitet och volym är viktiga aspekter för att utföra vård med bra kvalitet.²²

För ST-läkare skulle scenariot innebära en förbättring jämfört med nuvarande situation. Andel jourtid skulle minska vilket frigör utbildningstid samtidigt som ST-läkaren fortsatt får möjlighet att på LL ta del av det akuta flödet som krävs inom ramen för ST-tjänstgöringen. Genom att öka det elektiva flödet på LL skulle såväl kontinuitet som volym öka, vilket skulle kunna bidra till ytterligare specialisering. På lång sikt skulle det kunna vara gynnsamt ur ett patient- och kompetensförsörjningsperspektiv.

Scenariot kan på kort sikt innebära en sämre tillgång till kompetensförsörjning då inhämtat material visar att en möjlig konsekvens är att medarbetare väljer att avsluta sin anställning med anledning av förändringarna. Det skulle också kunna handla om att medarbetare inte attraheras av förändrat uppdrag och därmed väljer att söka sig till andra arbetsgivare. Samtidigt finns möjligheter med förändringen där medarbetare kan vara med och påverka i Region Kronobergs utvecklingsarbete mot en robust hälso- och sjukvård.

Om beslut tas i enlighet med scenariot krävs en pre- och postoperativ enhet, MIG samt HLR-team på LL. Viktigt att poängtera är att en förutsättning för

²² SOU 2015:98

att frigöra resurser från jourtid som kan användas dagtid är att operationsenheten stänger under samma tider som akutmottagningen.

Ur ett patientsäkerhetsperspektiv finns risker med olika ingångar olika tider på dygnet. Verksamheter inom både sjukhusvården och primärvården uttrycker behov av att förenkla för invånarna att söka vård. Det ställer krav på att Region Kronoberg är tydliga i sin kommunikation för att underlätta patienternas väg till vården.

Ur ett beredskapsperspektiv är detta scenario att föredra då det är lättare att, vid behov, skala upp och ställa om akutflödet till ett dygnet runt-flöde på LL om det redan finns ett akutflöde del av dygn.

Slutligen framgår av *Bilaga A2 - Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?* att sjukhusvården bedömer att scenariot kräver en översyn av antalet vårdplatser samt fördelningen av dessa.

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

Scenariot skulle innebära reducerade öppettider på akutmottagningen på LL (öppet varje dag från ca 07.30-18.00). Akutflödet för äldre och sköra patienter skulle kvarstå där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid.

Scenariot skulle bidra till att de sköra, multisjuka äldre inte behöver åka lika långt till akutmottagningen på natten, vilket är fallet i scenario ett och tre. Avstånd och tid kan för den enskilde patienten vara en kvalitets- såväl som trygghetsfaktor. Samtidigt visar erfarenheter från Region Kalmar län att begränsning av akutmottagning kan skapa osäkerhet och en patientsäkerhetsrisk.²³

En sammantagen bedömning är att separata akuta flöden kan äventyra patientsäkerheten. För patienten kan det vara svårt att veta vilken akutmottagning man ska besöka när verksamheten har olika innehåll, riktar sig till olika patientgrupper och har olika öppettider under dygnets alla timmar. Vidare riskerar kvaliteten bli lidande när samtliga kompetenser inte finns representerade. Här signalerar verksamheter som kirurg-, ortoped- och medicinkliniken att de arbetar tillsammans i team kring den akuta patienten. Det skulle kräva samma jourbemanning som idag, och således i praktiken varken innebära några större förändringar avseende frigjorda resurser eller den

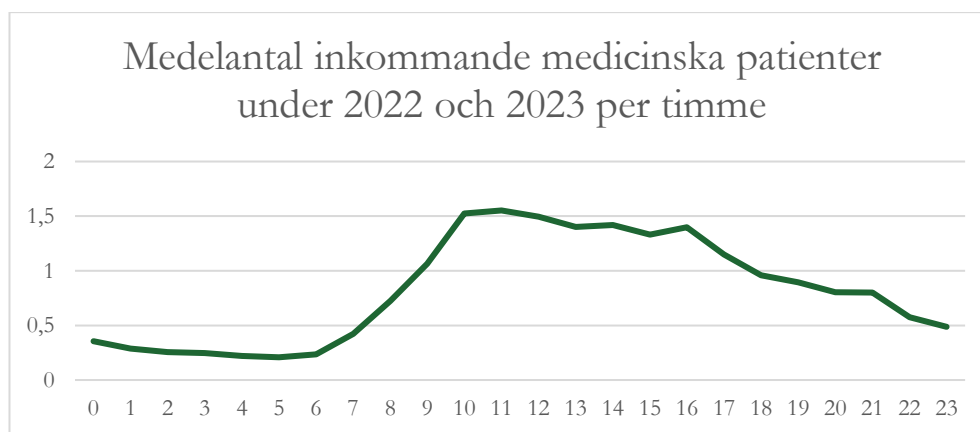
²³ Region Kalmar län (2024).

elektiva produktionsvolymen i Region Kronoberg. Om ortopedkliniken och kirurgkliniken inte finns tillgänglig jourtid på LL skulle det kunna vara en risk där medicinakuten tar emot en patient som inte har medicinska åkommor. Tillräcklig kompetens för att hantera dessa patienter på LL kommer inte finnas i ett sådant läge. Med endast en jourlinje finns det också en risk att diagnos och behandling försenas.

Scenariot kräver även en tydlig avgränsning där det är definierat vilka patienter som hör till gruppen sköra äldre och det behöver framgå vem som ska göra den avvägningen. Här återfinns en patientsäkerhetsrisk när det för vårdpersonalen kan bli svårt att sortera patienterna till rätt vårdnivå, likväl som att vårdpersonalen kan försättas i vissa etiska dilemman. Exempelvis kan det inkomma en patient som inte tillhör målgruppen och vårdpersonalen behöver då ta ställning till huruvida patienten ska avvisas från medicinakuten eller hanteras på LL ändå.

Här bedöms det istället krävas ett arbete för att stärka primärvården för att kunna hantera denna målgrupp på annan vårdnivå, exempelvis genom förebyggande arbete och personcentrerade arbetssätt så som *Nära vård i hemmet*. De potentiella vinsterna med att tidigt identifiera de äldre med risk för försämring och akut inläggning är stora. Flera internationella och svenska exempel visar att det med relativt enkla medel går att systematiskt identifiera de äldre som har störst risk att försämrats i närtid och agera med ett strukturerat riskförebyggande arbete baserat på denna information.²⁴ Ur ett nära vårdsperspektiv handlar det även om att det primära fokuset ska vara att möta invånarna utifrån behov snarare än ålder.

Nedan tabell visar inkommande medicinska patienter per timme på akutmottagningen på LL oavsett åldersgrupp.

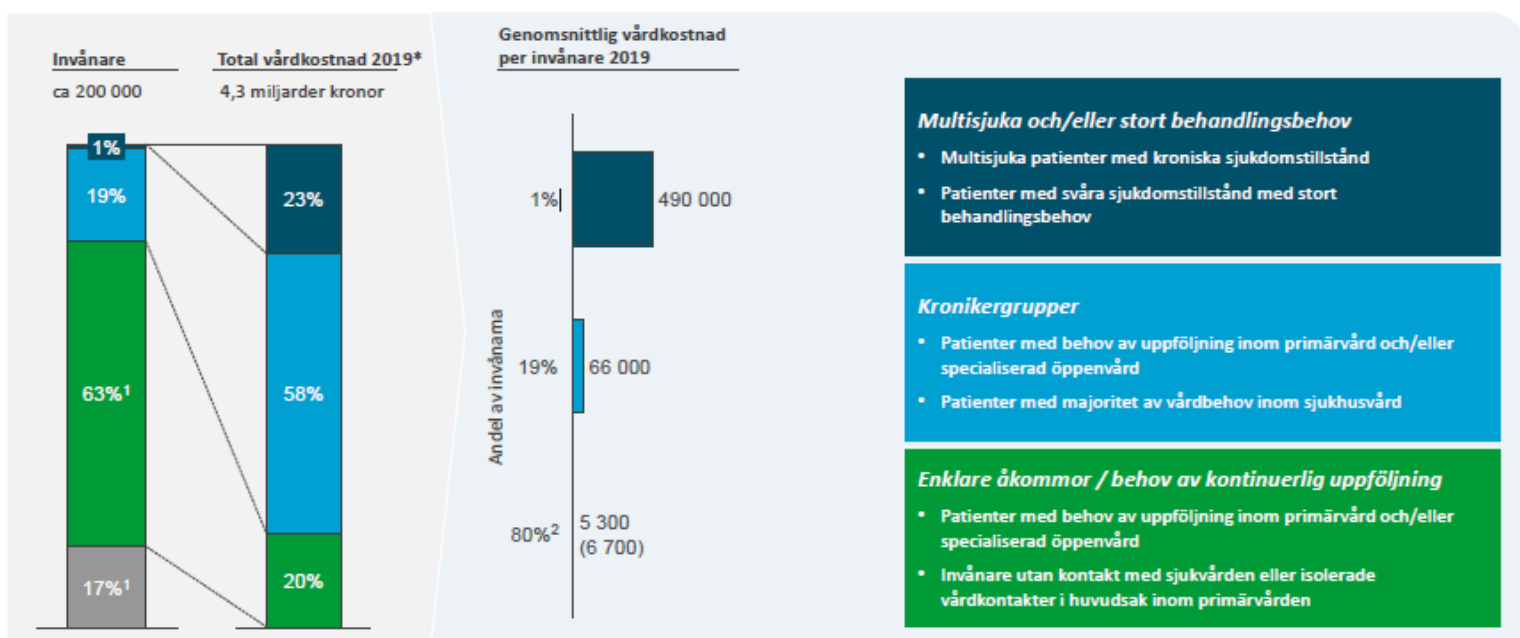


Tabellen visar på ett lågt patientunderlag fördelat över hela dygnet och tyder på att scenarier som innefattar någon form av medicinakut, antingen delar av dygnet eller hela dygnet, inte kan betraktas som ett lämpligt alternativ sett

²⁴ SKR (2012). s 55

utifrån att patientunderlaget är lågt. Ett sådant alternativ skulle riskera bli kostsamt. I Norrköping har konceptet med en äldremottagning utvärderats inom ramen för SKL:s satsning (nuvarande SKR) på 19 försöksverksamheter för multisjuka äldre. Utvärderingen visar att äldremottagningen kräver stora resurser, vilket belyser utmaningen med att få nya organisatoriska enheter resurseffektiva.²⁵

I Region Kronoberg står 20 % av befolkningen för 80 % av vårdkostnaderna²⁶, vilket stärker bilden av att utökad samverkan för patientens bästa i fokus är viktig för att använda befintliga resurser på ett så effektivt sätt som möjligt. Här bör också fokus läggas på att arbeta vidare med fast vårdkontakt, något som i andra rapporter lyfts fram som viktigt för målgruppen. En fast vårdkontakt kan koordinera insatser och vara en naturlig kontaktpunkt för frågor och synpunkter.²⁷



1. Patienter med en eller flera vårdkontakter under år 2019 utgör 63 procent av totala invånare och individer utan vårdkontakt under år 2019 utgör 17 procent av de totala antalet invånare, tillsammans utgör dessa två grupper 80% av totala antalet invånare. 2. Kostnad per invånare inkluderar såväl patienter och invånare som under 2019 inte har haft någon vårdkontakt, snittkostnad fördelad per patient med en eller flera vårdkontakter under år 2019 visas inom parentes. * Exklusive tandvård och rättspsykiatri. Kostnad per patient (KPP) data för primärvård och övrig öppenvård är preliminär och kan komma att uppdateras
Källa: Region Kronoberg KPP-data, Sirona analys.²⁸

Medicinkliniken ser möjligheter med att på sikt direktinlägga vissa patienter på vårdavdelning. Det finns däremot farhågor på LL med nuvarande konstruktion av medicinkliniken som idag består av läkare med många subspecialiteter. Ett

²⁵ Ibid. s 58

²⁶ Sirona (2021). s 13. (21RGK568-4)

²⁷ SKR (2012). s 59-60

²⁸ Sirona (2021). s. 13 (21RGK568-4)

akutflöde för enbart medicinpatienter skulle förmodligen kräva fler läkare i allmäninternmedicin för att bättre kunna möta de olika medicinska åkommor som kan inkomma akut.

Med utgångspunkt i patientunderlaget på LL blir detta alternativ kostsamt i både tid, resurser och ekonomi. Det ansågs således inte motiverat att ytterligare utreda detta alternativ.

3.3 Scenario tre – Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett

Scenariot skulle innebära att akutmottagningen stänger dygnet runt på LL.

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.

Genom förändringar av det akuta vårdutbudet på LL i linje med det tredje scenariot finns möjlighet att öka produktionen av den elektiva vården. Separata flöden, där all akut vård hanteras på CLV medan LL blir en renodlat elektivt sjukhus, har flera fördelar. Dels frigörs jourtimmar när jourlinjerna på jourtid koncentreras till ett sjukhus, dels kan den totala produktionen av elektiv vård öka. Att separera akut och elektiv vård kan ge produktionsvinster och en bättre tillgänglighet jämfört med om vården utförs vid samma sjukhus, bland annat med anledning av minskade störningar i arbetsflödet i form av akuta patienter. Det finns också indikationer på ett samband mellan högre volymer av ingrepp eller behandlingar och en ökad kvalitet på vården.²⁹ Av rapporten *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* framgår att kön till den elektiva vården skulle kunna avverkas fram till år 2027 med förändringar som går i linje med detta scenario.³⁰ Det finns således förhoppningar om att den vård som idag 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 produktion av elektiv vård på LL öppnar också upp möjligheter för läkare att specialisera sig på vissa ingrepp, vilket både kan innebära kvalitetsförbättringar och produktionsvinster. Samtidigt har verksamheterna svårt att i dagsläget avgöra i vilken omfattning produktionsvolymen av den elektiva vården skulle kunna öka, eftersom det är svårt att beräkna hur stora resurser som skulle krävas för det akuta flödet som då koncentreras till CLV.

²⁹ SOU 2018:39 s 182-183, SOU 2015:98, Region Kronoberg (2024) (23rgk1789-13), Sirona (2023) (23rgk1789-13.1) s 66-68

³⁰ Region Kronoberg (2024) (23rgk1789-13), Sirona (23rgk1789-13.1) s 61

De produktionsvinster som angavs i rapporten *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* upplevs av verksamheterna något överskattade.

Fördelarna som lyfts med detta scenario handlar främst om att hela länets resurser skulle kunna användas på ett bättre sätt. Dagens situation är ansträngd vilket får konsekvenser för både arbetsmiljö, kompetensförsörjning, patientsäkerhet, ekonomi och kvalitet. Med dagens personella resurser finns stora svårigheter att både bemanna två akutsjukhus, och samtidigt upprätthålla en elektiv produktion som täcker upp för behovet. Under 2023 köpte Region Kronoberg ortopedisk och kirurgisk vård inom ramen för vårdgarantin för sammantaget cirka 50 miljoner kronor. Motsvarande siffra för perioden januari-september 2024 uppgår till cirka 16 miljoner kronor. I detta scenario finns en potential. Den köpta vården skulle kunna minska. I en pressad ekonomisk situation kan det finnas anledning att fundera på hur resurserna kan användas på bästa möjliga sätt.

Enligt bedömningar i Danmark och England bör befolkningsunderlaget ligga på 200 000–400 000 invånare/akutsjukhus för att uppnå en tillräcklig patientvolym som kan säkerställa hög kvalitet på den sjukvård som bedrivs.³¹ Utifrån deras beräkningar innebär det att ett akutsjukhus i Kronobergs län skulle vara fullgott sett till befolkningsmängden. Någon motsvarande bedömning i Sverige har inte hittats, utan här hänvisas till forskning och underlag som går i linje med Danmark och Englands bedömningar.

Sjukhusvården lyfter att detta scenario skulle kräva ytterligare översyn av flertalet verksamheter. Dels lyfter man fram att det krävs en pre- och postoperativ avdelning på LL, ett MIG-team samt ett HLR-team. Dels skulle jourlinjerna behöva ses över, likväl som vårdplatssituationen. Vidare skulle överenskommelser behöva upprättas med omkringliggande regioner vid händelse av akuta situationer. Risken med en förändring i linje med scenario tre handlar bland annat om längre avstånd för ambulanstransporter till sjukhus, vilket ställer ökade krav på samarbeten över länsgränserna. Konsekvenserna för omkringliggande verksamheter skulle också behöva tas i beaktande.

Ytterligare en risk skulle initialt kunna vara att medarbetare på båda sjukhusen väljer att avsluta sin anställning. En sådan situation skulle kunna innebära en patientsäkerhetsrisk om personal inte finns för det akuta flödet på CLV. I förlängningen skulle den elektiva produktionen eventuellt kunna bli lidande initialt eftersom det akuta flödet alltid måste prioriteras. När Region Skåne genomförde förändringar av vårdutbudet på regionens samtliga sjukhus 2004 fick förändringarna kritik – framför allt från läkarkåren. Förändringarna medförde att läkarna var tvungna att tjänstgöra på flera sjukhus. Den

³¹ Vårdanalys. (2018).

granskning som sedan genomfördes av förändringarna under 2006 visade att omstruktureringen av vården gått bra trots den initiala kritiken.³²

Å ena sidan finns det således en risk ur ett kompetensförsörjningsperspektiv med omfattande förändringar av organiseringen av vården. Å andra sidan kan möjligheter med förändringarna urskiljas om det leder till en effektiv användning av befintliga resurser där exempelvis personalen ges möjligheten till specialisering på vissa elektiva ingrepp. En sådan specialisering skulle även kunna leda till en förbättrad ST-utbildning, om ST-läkare inte behöver binda upp stora delar av sin tid på jourtjänstgöring utan istället kan förlägga en större del av tiden på den elektiva produktionen. Ur det perspektivet kan Region Kronoberg således få konkurrensfördelar på rekryteringsfronten på lång sikt. En förändring i utbudet på LL skulle följaktligen kunna innebära en påtaglig omställning i tjänstgöringsupplägget för utbildningsläkare.

Ur ett beredskapsperspektiv kan det uppstå utmaningar med detta scenario eftersom det skulle kunna bli svårare att, vid behov, skala upp och ställa om till ett akutflöde på LL. I scenario ett skulle en sådan omställning vara lättare.

Det är viktigt att Region Kronoberg som vårdgivare ser till hela länets bästa när vården planeras, genomförs och utvärderas. Ur ett invånarperspektiv skulle scenariot kunna innebära flera fördelar, exempelvis en ökad kvalitet på den vård som Region Kronoberg tillhandahåller. Det är viktigt att poängtera att det i Region Kronoberg bör råda jämlika förutsättningar för hela länets invånare – oavsett om man bor i länets ytterkanter eller städer. Med förändringar i linje med detta scenario finns förhoppningar om en ökad jämlikhet på den vård som utförs, när den vård som tillhandahålls länets invånare blir likvärdig oavsett var i länet man befinner sig.

Att stänga akutmottagningen på LL ställer stora krav på andra delar av organisationen för att möta upp behovet. I linje med det första scenariot skulle såväl ambulansverksamhet som JLC och primärvården påverkas på olika sätt. En fördjupad analys skulle krävas för att tydliggöra deras ansvarsområden där det även kan finnas anledning att inkludera länets kommuner. En sådan översyn skulle behöva genomföras med utgångspunkt i omställningen till nära vård. Det kan också finnas anledning att kika på omkringliggande regioner i samband med en sådan översyn. I Region Skåne kan exempelvis patienter som genomgår vissa ingrepp på Centralsjukhuset Kristianstad få sin postoperativa vård på Hässleholms sjukhus.³³ Ett sådant upplägg skulle kunna undersökas vidare i detta scenario.

³² Sveriges Radio (2006), dialog med Region Skåne (2024).

³³ Dialog med Region Skåne (2024)

3.4 Medicinakut som ett alternativ?

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. Det skulle innebära att varken ortopedkliniken eller kirurgkliniken skulle bemanna för akuta patienter på LL, utan endast medicinklinikens och akutklinikens personal skulle då bemanna akutmottagningen på LL. Risken med ett sådant flöde är att patienter hamnar på fel vårdnivå eller på en akutmottagning utan resurser för den specifika problematiken.³⁴

Akuta patienter kräver teamarbete 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.

3.4 Sammanfattande bedömning

Hälso- och sjukvården i Sverige står inför stora utmaningar avseende kompetensförsörjning, arbetsmiljö och ekonomi. Behovet av vård i Region Kronoberg kommer fortsätta öka, vilket kommer vara svårt att möta med anledning av den demografiska utvecklingen och bristen på flera nyckelkompetenser inom hälso- och sjukvården nationellt.

Att fortsätta som idag är inte ett alternativ – vårdköerna växer, arbetsmiljön påverkas negativt och Region Kronoberg måste hushålla med befintliga ekonomiska resurser. I dagens arbetssätt finns det brister ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det krävs såldes en förändring för att kunna tillhandahålla en patientsäker vård, minska det framtida rekryteringsbehovet, förbättra arbetsmiljön och kunna möta framtidens vårdbehov på ett resurseffektivt sätt. Det är viktigt att säkerställa förutsättningar för vård vid rätt tidpunkt och på rätt plats i ett tydligt nivåstrukturerat system, och alltid utifrån medicinskt prioriterade behov.³⁵

Likt många andra regioner står Region Kronoberg inför ekonomiska utmaningar. Resurserna måste användas på ett effektivt sätt. Utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) övergripande slutsats anger att det finns en stor samlad effektiviseringspotential inom hälso- och sjukvården. Utgångspunkten för alla verksamheter i vården måste vara att sträva efter ökad effektivitet för att åstadkomma en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård, som förmår hantera kommande utmaningar. En sådan strävan bör vara självklar i det offentliga

³⁴ Se även Region Kalmar län (2024).

³⁵ SOU 2018:39 s 307, Socialstyrelsen (2017).

åtagandet gentemot invånarna – att inte förbruka mer resurser (kompetens, tid eller annat) än vad som är nödvändigt för en patientcentrerad och jämlik vård av hög kvalitet.³⁶ Hälso- och sjukvården i Region Kronoberg behöver således rustas för framtidens utmaningar där ett hälsoekonomiskt perspektiv präglar resursanvändningen.

Det ena alternativet för att bromsa utvecklingen som beskrivs ovan är att öppettiderna på akutmottagningen på LL reduceras nattetid i enlighet med det första scenariot. Verksamheterna bedömer att detta till stora delar är genomförbart inom ramen för respektive budget. Några verksamheter uttrycker dock att utökade resurser kan krävas, exempelvis ambulansverksamheten. Det andra alternativet är att stänga akutmottagningen på LL i linje med scenario tre. Det skulle innebära att LL blir ett renodlat elektivt sjukhus med möjlighet till specialisering inom vissa områden. En sådan förändring skulle kräva en omfördelning av resurser samt en översyn av lokalbehoven på båda sjukhusen. Oberoende av framtida förändringar måste patientsäkerheten stå i fokus och ha bäring på de beslut som fattas.

Precis som med nationell högspecialiserad vård (NHV) kan det finnas fördelar med en koncentration av specifika vårdinsatser. Syftet med att koncentrera NHV är att vårdgivare och personal ska kunna upprätthålla kompetens genom att behandla komplicerade eller ovanliga sjukdomar på ett tillräckligt stort antal patienter. Högre volymer kan ge ökad kvalitet på vården och bättre förutsättningar för forskning, utbildning och rekrytering.³⁷ Det är viktigt att genom kontinuerlig träning upprätthålla sin kompetens, vilket i sig kräver stora patientvolymer. Större patientvolymer ger också bättre kvalitet på den kliniska forskningen.³⁸ Således kan det i scenario ett och tre finnas fördelar med en ökad koncentration av patientflöde och åtgärder där regionens sjukhus specialiserar sig på olika typer av åtgärder.

I linje med omställningen till nära vård, och med förändrade förutsättningar för det akuta flödet i Region Kronoberg, kommer andra krav ställas på övriga delar av hälso- och sjukvården. En fördjupad analys skulle krävas för att tydliggöra ansvarsområden där det även kan finnas anledning att inkludera länets kommuner. Det skulle kräva en utökad samverkan för att med patientens bästa i fokus överbrygga organisationsgränser i syfte att använda befintliga resurser på ett effektivt sätt. Det personcentrerade arbetssättet blir avgörande i detta arbete. Ett gott exempel är det samverkansprojekt mellan kommunal primärvård, regional primärvård och ambulansverksamheten som startade i Tingsryd och som nu implementeras i hela länet. Initiativet syftar till att

³⁶ SOU 2016:2, sid 19

³⁷ SOU 2018:39 s 182–183, SOU 2015:98, Region Kronoberg (2024) (23rgk1789-13), Sirona (2023) (23rgk1789-13.1) s 66–68, Socialstyrelsen (2017).

³⁸ SOU 2015:98

erbjuda personcentrerad vård i nära anslutning till hemmet för att undvika slutenvårdstillfällen som inte är nödvändiga.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) är regionerna skyldiga att planera sin hälso- och sjukvård så att en katastrofmedicinsk beredskap upprätthålls. Ur ett beredskapsperspektiv innebär reducerade öppettider en fortsatt möjlighet att, vid behov, skala upp och ställa om akutflödet till ett dygnet runt-flöde på LL om det redan finns ett akutflöde del av dygn. Det är en skillnad mot scenario tre då ingen akutverksamhet skulle bedrivas på LL.

Risk- och konsekvensanalyserna; riskanalys (patientsäkerhet) och risk- och konsekvensanalys (arbetsmiljö) kommer genomföras i verksamheterna.

4. Samlokalisering akutmottagning och JLC

I delbetänkande av utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* går att läsa att primärvården är den del av hälso- och sjukvården som har bäst förutsättningar att se till personers hela vårdbehov. Det är därför dit patienterna i första hand förväntas vända sig för att få en bedömning. På grund av bristande tillgång i primärvården vänder sig dock en stor andel patienter till andra vårdnivåer, exempelvis akutmottagningar. Bristen på kontinuitet och avsaknad av långvariga väl fungerande relationer gör också att det inte är självklart, så som i många andra länder och sjukvårdssystem, att vända sig dit med sina vardagliga hälso- och sjukvårdsbehov. Utredningen beskriver vidare att primärvården idag har svårt att klara uppdraget som första linjens vård och att primärvårdens öppettider är alltför begränsade.³⁹

Utöver argumenten som lyfts ovan som incitament för att primärvården är tänkt att vara hälso- och sjukvårdssystemets nav motsvarar kostnaden för varje enstaka sjukhusinläggning 56 läkarbesök inom primärvården eller 220 hemtjänsttimmar för de mest sjuka äldre.⁴⁰

Studier inom området är inte entydiga. Å ena sidan finns studier som visar på att samlokalisering av primärvård och akutvård ökar vårdbehovet, och att det inte är kostnadseffektivt. Å andra sidan återfinns studier som påvisar det motsatta.

Sammantaget ser både primärvården och sjukhusvården få vinster med en gemensam fysisk ingång för akutmottagning och JLC. Andra möjliga vägval än samlokalisering skulle kunna vara att kraftsamla för att 1177 har en mycket god

³⁹ SOU 2018:39, s. 14

⁴⁰ Ibid, s 457-459

tillgänglighet och därmed ger patienterna snabb och trygg vård via digitala ingångar.

5. Ultraljudsundersökning på Ljungby lasarett

Våren 2022 genomfördes en utredning kring möjligheten till uppstart av ultraljud för gravida på LL. 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.

Bedömningen från våren 2022 kvarstår. Därav anses det varken möjligt eller lämpligt att utifrån dagens rekryteringssituation starta upp ultraljudsundersökningar på LL. För ytterligare information, se *Bilaga A2 - Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?*

6. Barnrättsperspektiv

Barnrättsbaserat beslutsunderlag redovisas separat tillhörande respektive utredning.

Källor

Engelström Lars, Svenskt intensivvårdsregister (2024). *Hur många IVA-platser behöver Sverige och hur når vi dit. Intensivvårdsplatser i Sverige*. Data från SIR. Presentation från IVA-dagarna 2024. SFAI & AnIva-veckan i Helsingborg 2024

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

Region Kronoberg (2023). *Rapport: Uppföljning av förändrat uppdrag för IVA Ljungby*, 2023-09-20. (23rgk1886).

Region Kronoberg (2023). *Region Kronobergs långsiktiga planeringsförutsättningar 2024 -2034* (24rs33-11).

Region Kronoberg (2024) *Verksamhetskonsekvenser utifrån förändringar i Allmänna Bestämmelser om dygnsvila och arbetstiden för läkare*. (23rgk1383-14).

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

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

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

Sirona (2021). *Nytt akutsjukhus och vård Närmare Kronobergaren*, 2021-03-16. (21RGK568-4)

SCB (2024). *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024-2040*. [Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040 \(scb.se\)](https://www.scb.se/pressmeddelanden/2024-03-14/240314_scb_sverige_befolkning_2024-2040)

SKR (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning* [7164-763-4.pdf \(skr.se\)](https://www.skr.se/publikationer/7164-763-4.pdf).

SKR (2024). [Prognosunderlag, regioner | SKR](https://www.skr.se/publikationer/prognosunderlag-regioner).

Socialstyrelsen (2017). *Att nivåstrukturera nationell högspecialiserad vård. Socialstyrelsens förslag till arbetsprocess*.

Socialstyrelsen (2024). *Plats för vård. Förslag till nationell plan för att minska bristen på vårdplatser i hälso- och sjukvården*.

SOU 2015:98. *Träning ger färdighet. Koncentrera vården för patientens bästa*.

SOU 2016:2. *Effektiv vård*.

SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*.

Svenska intensivvårdsregistret (2018). Årsrapport 2018.

Svenska intensivvårdsregistret (2019). Årsrapport 2019.

Svenska intensivvårdsregistret (2020). Årsrapport 2020.

Svenska intensivvårdsregistret (2021). Årsrapport 2021.

Svenska intensivvårdsregistret (2022). Årsrapport 2022.

Svenska intensivvårdsregistret (2023). Årsrapport 2023.

Svensk förening för anestesi och intensivvård (2024). [Riktlinjer för svensk intensivvård](#).

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

Vårdanalys. (2018). *En akut bild av Sverige Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning*.

Bilagor

Bilaga A1 - Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutkliniken – JLC.

Bilaga A2 - Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett.