



REGION  
KRONOBERG

Ewa Ekman

Hälso- och sjukvårdsdirektör

23rgk1789

# **Bilaga A1 - Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutmottagning-JLC**

---

**2024-11-26**

# Innehåll

|                                                                                                                                                                                                   |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1. Alternativa lösningar för organisering av akutflödet .....</b>                                                                                                                              | <b>2</b>  |
| 1.1 Scenarioövergripande .....                                                                                                                                                                    | 3         |
| 1.2 Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett.....                                                                                                             | 4         |
| 1.3 Scenario två - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett. Akutflödet för äldre och sköra patienter kvarstår där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid..... | 5         |
| 1.4 Scenario tre - Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett .....                                                                                                                 | 7         |
| 1.5 Medicinakut.....                                                                                                                                                                              | 9         |
| <b>2. Samlokalisering av akutmottagning - JLC.....</b>                                                                                                                                            | <b>10</b> |
| 2.1 Andra möjliga vägval .....                                                                                                                                                                    | 13        |
| 2.1.1 Jourläkarcentraler (JLC) .....                                                                                                                                                              | 13        |
| 2.1.2 Närakut/förstärkt JLC .....                                                                                                                                                                 | 14        |
| 2.1.3 Kontaktvägar mellan primärvård och specialiserad vård .....                                                                                                                                 | 15        |
| 2.1.4 Mobila enheter .....                                                                                                                                                                        | 15        |
| 2.2 1177 som huvudingång .....                                                                                                                                                                    | 16        |
| <b>3. Barnrättsperspektiv .....</b>                                                                                                                                                               | <b>18</b> |
| <b>Källor.....</b>                                                                                                                                                                                | <b>19</b> |
| <b>Bilagor .....</b>                                                                                                                                                                              | <b>21</b> |
| Konsekvenser för verksamheterna.....                                                                                                                                                              | 21        |
| Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett.....                                                                                                                 | 21        |
| Scenario två – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett. Akutflödet för äldre och sköra patienter kvarstår där medicinkliniken tar ett större ansvar under nattetid.....     | 25        |
| Scenario tre – Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett.....                                                                                                                      | 26        |
| Omvärldsbevakning .....                                                                                                                                                                           | 29        |
| Akutflödet.....                                                                                                                                                                                   | 29        |
| Samlokalisering .....                                                                                                                                                                             | 31        |

# 1. Alternativa lösningar för organisering av akutflödet

Med anledning av det angränsande uppdraget om att utreda hur möjligheten att öka vårdutbudet och produktionsvolymen på LL och dess direkta och indirekta inverkan på produktionen av den elektiva vården, redovisas i följande kapitel hur den akuta vården skulle kunna bedrivas på de två sjukhusen med utgångspunkt i olika möjliga framtida akutflöden. För ytterligare fördjupning i de elektiva flödena hänvisas till Bilaga A2. Samtliga scenarier utgår ifrån att IVA-platserna på LL koncentreras till CLV.

Den regionala sjukvården står inför stora utmaningar i sin helhet och behöver få ny anpassad riktning mot nya tydliga mål. Den nya riktningen och målet behöver anpassas till dagens och framtidens förändrade behov av utbud, kompetens, och ekonomiska förutsättningar liksom omställningen till nära vård och ett minskat hyrberoende. Redan inför arbetet med sammanslagningen av medicinkliniken på CLV och LL 2021 stod det klart att det inte finns förutsättningar att bedriva akutverksamhet på LL i den utsträckning som görs idag. Därefter har förändrade allmänna bestämmelser om dygns- och veckovila börjat gälla från 2023-10-01 som också påverkar möjligheterna att bemanna och upprätthålla två akutsjukhus i länet. Genom samplanering av akutkliniken förväntas det krävas färre resurser för att hantera de akuta besöken. Enligt rapporten *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* förväntas antalet besök på akutmottagningen öka med 31 % på regional nivå, men genom samplanering bedöms däremot det framtida behovet av sjuksköterskor och undersköterskor kunna minska. Samma gäller för behovet av läkare.<sup>1</sup>

Även nationellt syns trender som pekar på att ett antal akutsjukhus i Sverige lagt ner de senaste åren, något som lyfts i en artikel i Läkartidningen. De vanligaste argumenten för nedläggning handlar om bättre vårdkvalitet genom stora patientvolym. Vidare anges ofta att förändringen krävs för att förbättra förutsättningarna för kompetensförsörjning, möjligheten att upprätthålla kompetensen utifrån akutsjukvårdens krav på specialisering samt att mindre enheter är sårbara vid personalbrist. Argumenten mot nedläggningar handlar ofta om att mindre sjukhus i regel klarar sig väl i nationella kvalitetsjämförelser, att de har en mindre personalomsättning och att förväntade ekonomiska besparingar är överskattade.<sup>2</sup>

I Danmark har Sundhetsstyrelsen bedömt att befolkningsunderlaget bör vara 200 000 – 400 000 personer/akutsjukhus för att uppnå tillräcklig patientvolym för att säkerställa hög kvalitet på den sjukvård som bedrivs. I England har the Royal College of Surgeons bedömt att befolkningsunderlaget per akutsjukhus bör vara minst 300 000 personer. Både England och Danmark har dock andra förutsättningar än Sverige när det gäller befolkningstäthet och avstånd.<sup>3</sup> Enligt

---

<sup>1</sup> Sirona (2023). s. 22–23

<sup>2</sup> Läkartidningen (2024)

<sup>3</sup> Vårdanalys (2018)

statistik från SCB var befolkningsmängden i Kronobergs län 203 686 år 2023<sup>4</sup>. Det skulle enligt England och Danmarks bedömningar innebära att ett akutsjukhus inom Kronobergs län är 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.

Akutsjukvård är en komplex verksamhet där exempelvis avvägningar om närhet, kompetens och förhållandet till andra delar av sjukvården är viktiga aspekter. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys framhåller i en kartläggning från 2018<sup>5</sup> att akutsjukvårdens många beröringspunkter med andra delar av vårdsystemet medför att det inte heller finns något enkelt svar på frågan om hur akutsjukvården bör organiseras. Vidare konstaterar myndigheten att det saknas en enhetlig definition av begreppen akutsjukhus och akutmottagning. Utifrån regionernas styrdokument är det inte heller möjligt att få en klar bild av vilka krav som finns på akutsjukhusen när det gäller det akuta omhändertagandet. Myndigheten drar ett antal slutsatser i sin kartläggning som har bäring på den här utredningen:

- Akutsjukhusen behöver bred kompetens dygnet runt.
- Varierande erfarenhet hos läkarna på akutmottagningar riskerar patientsäkerheten.
- Närhet till sjukhus betyder inte alltid tillgång till behandlingsmöjligheter.
- Bristande tillgänglighet i primärvården och telefonrådgivningens hänvisningar ökar vårdbehovet på akutmottagningarna.

## 1.1 Scenarioövergripande

Organisering av akutflödet mellan de två sjukhusen i Region Kronoberg kommer nedan presenteras utifrån de tre scenarier som beskrivs i Bilaga A. I det här kapitlet presenteras scenarioövergripande resultat och analys, därefter presenteras resultat och analys utifrån respektive scenario. Samtliga scenarier som presenteras gäller för akutverksamheten på LL och innefattar att IVA centraliseras till CLV. Eftersom utgångspunkten är att det inte finns IVA-platser på LL kommer det innebära att akutmottagningen på LL inte kan handlägga de mest kritiska patienterna. I de scenarier som innebär reducerade öppettider kan det därför inte anses att akutmottagningen på LL är att betrakta som en fullvärdig sådan.

Så länge det finns inneliggande patienter på LL behöver det finnas läkare jourtid, likväl som ett MIG-team och HLR-team. Centralisering av IVA-platser till CLV innebär att de mest kritiska patienterna inte kan tas till sjukhuset, men om det finns inneliggande patienter på avdelningar kan ett MIG-team vara behjälpligt vid en försämrad patient.

---

<sup>4</sup> SCB (2024).

<sup>5</sup> Vårdanalys (2018).

Det är möjligt att avsaknaden av IVA-platser på LL riskerar innebära att akutmottagningen blir en mindre attraktiv arbetsplats eftersom inga kritiska patienter kan behandlas där. Detta behöver beaktas framför allt vid beslut rörande scenarier som innefattar reducerade öppettider.

Bedömningen är att resursförstärkningen för ambulansstationen i Ljungby under sommaren 2024 var nödvändig för att upprätthålla tillgång till ambulanssjukvård i västra länsdelen. Förstärkningen behövs p.g.a. de längre transportsträckor som blir till följd av förändrade öppettider på akutmottagningen på LL. Sammantaget bedöms inget av scenarierna vara hanterbart för ambulansverksamheten med nuvarande ordinarie nivå av resurser. Resursförstärkning krävs för bibehållen tillgänglighet och patientsäkerhet i västra länsdelen. Verksamheten uppskattar att förstärkning med en nattambulans på västra sidan är nödvändig om akutmottagningen på LL enbart är öppen dagtid, vilket kräver utökade tjänster om 7,7. Det motsvarar en uppskattad kostnad av 7,7 miljoner kronor årligen. Utöver kostnad för utökade tjänster kommer körda mil att öka och medföra ökade kostnader för drift av ambulansfordon, bränsle, service och reparationer. En fördjupad översyn av samtliga verksamheter skulle dock krävas.

Oavsett vägval i arbetet med samplaneringen av vården i Region Kronoberg behöver man i fortsatt arbete ta hänsyn till samtliga verksamheter, inklusive omringliggande och stödjande verksamheter, vars arbete direkt och indirekt är beroende av omfattningen på, och fördelningen av, den vård som bedrivs på regionens sjukhus. Viss beskrivning av detta finns bilagd under Konsekvenser för verksamheterna, men behöver klargöras närmre.

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

## 1.2 Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett

Scenariot innebär en kombination av de åtgärder som infördes på LL sommaren 2023 respektive 2024. Enligt akutkliniken sommarutvärdering från 2024 har stängningen av akutmottagningen på LL nattetid kunnat genomföras utan allvarliga konsekvenser. Det finns ett par avvikelser kring patienter som sökt vård när det varit stängt, men som istället omhändertagits av ambulansverksamheten. Akutmottagningen stängde vid kl. 18.00 och medarbetarna kunde gå hem vid 22.00, med några få undantag. Viktigt att beakta är dock att IVA-platser fanns på LL hela sommaren, vilket innebär att det inte är fullt jämförbart med scenario ett. Tillgängliga IVA-platser på sjukhuset medför en högre beredskap på plats om en patient blir akut sjuk, något som inte skulle vara tillgängligt vid scenario ett. Scenariot kräver därför en tydlig avgränsning och hänvisningsrutin för vilka patienter som kan komma till akutmottagningen på LL såväl som vilka som kan vara ineliggande.

Under sommaren 2023 hade IVA på LL inga platser öppna utan bedrev enbart verksamhet bestående av pre- och postoperativ vård samt konsultativ verksamhet. En särskild sommarrutin upprättades för ambulansverksamhetens transporter av larmpatienter. Där fanns undantag för vissa prio 1-patienter som ändå transporterades till akutmottagningen på LL. Det gällde för patient med ofri luftväg eller behov av luftvägshjälpmedel samt patient med pågående HLR. Den sommarutvärdering som gjordes efteråt visar att tillgängligheten till intensivvård var god och inga avvikelser som visar på vårdskada eller risk för vårdskada rapporterades.

Även andra verksamheter såsom kirurgkliniken, ortopedkliniken och medicinkliniken påverkas i scenariot. För ortopediken innebär det ett behov av att hantera den ökade mängden akuta operationer på CLV och bereda plats för den större ineliggande kirurgin. Detta gäller oavsett om det rör sig om en nattstängning eller hel stängning av akutmottagningen på LL. Ur ortopedikens perspektiv bedöms bemanningen påverkas negativt på båda sjukhusen eftersom personal riskerar att sluta, men det bedöms också troligt att det är en övergångsfas och att det över tid blir lättare att bemanna jourerna genom samverkan.

För kirurgkliniken var det inte reduceringen av akutmottagningens öppettider som skapade mest oro under sommaren 2024, utan främst avsaknaden av operationsmöjligheter nattetid. Samtidigt ger inte en stängning av enbart akutmottagningen så stora vinster i ökad elektiv operationsverksamhet. För det krävs även stängning av operation nattetid. Detta då det främst är operationspersonalen, inte kirurgerna, som utgör flaskhalsen i hur många operationssalar som kan bemannas dagtid.

Reducerade öppettider kväll- och nattetid på akutmottagningen på LL skulle för medicinkliniken innebära att de behöver bemanna färre jourtimmar och då kan använda resurserna i elektiv produktion istället. Antalet besök på akutmottagningen på CLV kommer öka något, men kan hanteras av befintlig resurs på CLV. Vidare är medicinkliniken hyrberoende och skulle genom scenariot kunna minska hyrbemanningen eftersom de inte behöver bemanna i samma utsträckning på natten. Det medför också bättre tillgänglighet på mottagningsbesöken dagtid eftersom produktionen kan öka. På LL handlar det för medicinkliniken om att öka produktionen som redan görs där idag, men det kommer inte vara möjligt att flytta verksamhet från CLV till LL.

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

Förutom det som anges under scenario ett tillkommer nedan.

De sköraste äldre ska inte i första hand in till sjukhusen. Här krävs ett arbete för att stärka primärvården för att kunna hantera målgruppen på rätt vårdnivå, genom förebyggande arbete och *Nära vård i hemmet*. Risk finns att utvecklingen av omställningen till nära vård bromsas in, där riktningen är att primärvården och kommunen ska ha en välfungerande plan för att undvika akuta insatser. Det är också något som framhålls i rapporten *Bättre liv för sjuka äldre*<sup>6</sup> som bland annat framhåller potentiella vinster med att tidigt identifiera de äldre med risk för försämring och akut inläggning. Bedömningen är att det med relativt enkla medel systematiskt går att identifiera de äldre som har störst risk att försämrats i närtid och agera med ett strukturerat riskförebyggande arbete baserat på denna information. Rapporten trycker också på vikten av en fast vårdkontakt för aktuell målgrupp.

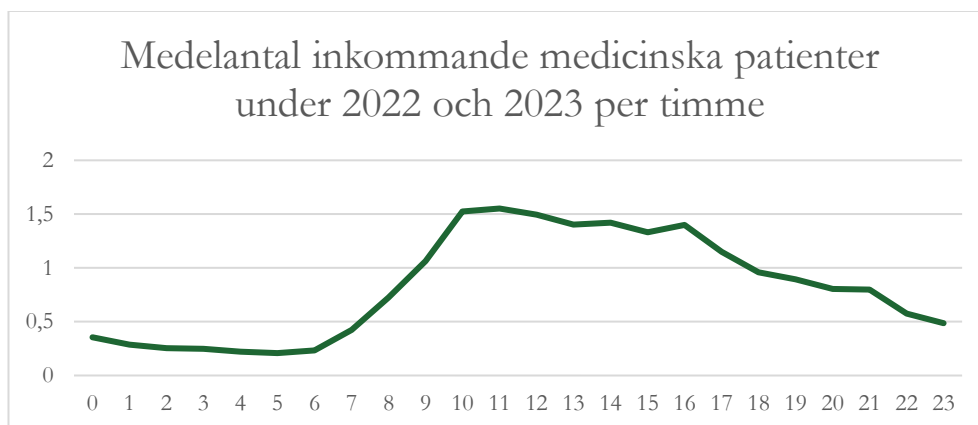
Separata akutflöden riskerar att innebära en patientsäkerhetsrisk för patienterna. Ur ett patientperspektiv kan det vara svårt att veta vilken akutmottagning man ska besöka när verksamheten har olika innehåll och öppettider under dygnets alla timmar. Kvaliteten på vården riskerar bli lidande när samtliga kompetenser inte finns representerade. Däremot ser medicinkliniken möjligheter med att på sikt direktinlägga vissa patienter på vårdavdelning. Samtidigt finns där en farhåga i LL nuvarande konstruktion av medicinkliniken som idag består av läkare med många subspecialiteter. Ett akutflöde för enbart medicinpatienter skulle förmodligen kräva fler läkare i allmäninternmedicin för att bättre kunna möta de olika medicinska åkommor som kan inkomma akut.

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.

Ambulansverksamheten uppskattar att antalet patienter som kan inkluderas i målgruppen uppskattas till mindre än en patient per natt. Inkommande medicinska patienter per timme på akutmottagningen på LL oavsett åldersgrupp redovisas i tabellen nedan.

---

<sup>6</sup> Sveriges kommuner och regioner (2012).



Statistiken stärker bilden av att det rör sig om ett litet patientunderlag även 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 utifrån att patientunderlaget är lågt. Ett sådant alternativ kan bli kostsamt i både tid, resurser och ekonomi.

I Region Kalmar län finns ett liknande upplägg på sjukhuset i Oskarshamn. Där är akuten en renodlad medicinakut som endast tar emot medicinska patienter. Ett motsvarande upplägg i Region Kronoberg skulle kunna innebära att kirurgkliniken och ortopedkliniken inte behöver ha några jourlinjer, vilket skulle frigöra läkare som kan arbeta med operationer istället. Samtidigt visar en rapport från Region Kalmar län<sup>7</sup> att begränsningen på akutmottagningen i Oskarshamn skapar osäkerhet och utgör en patientsäkerhetsrisk. Rapporten visar att det ur flera perspektiv (flöde, vårdkvalitet, patientsäkerhet, tillgänglighet och kostnad) finns fog för att avveckla medicinakutmottagningen i Oskarshamn. Beslut i denna riktning har tagits av regionstyrelsen i Region Kalmar län (§ 126/2924) i juni 2024. Även akutmottagningen på Hässleholms sjukhus har reducerade öppettider och är begränsad till att enbart ta emot medicinpatienter. Region Skåne planerar nu för att bygga ut Hässleholms sjukhus i syfte att möjliggöra ytterligare satsningar på den elektiva vården inom ortopedi.<sup>8</sup>

## 1.4 Scenario tre - Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett

Förutom det som anges under scenario ett tillkommer nedan.

Att centralisera akutverksamheten till CLV skulle kräva kapacitetsökning på akutmottagningen och vårdavdelningar på CLV, men samtidigt innebära en minskning av resursbehovet totalt i regionen genom samplanering mellan sjukhusen. Det kommer däremot behövas någon form av beredskapslinje på en elektiv kirurgisk enhet om det bedrivs inneliggande vård för att kunna bedöma akuta besvär nattetid.

<sup>7</sup> Region Kalmar län (2024).

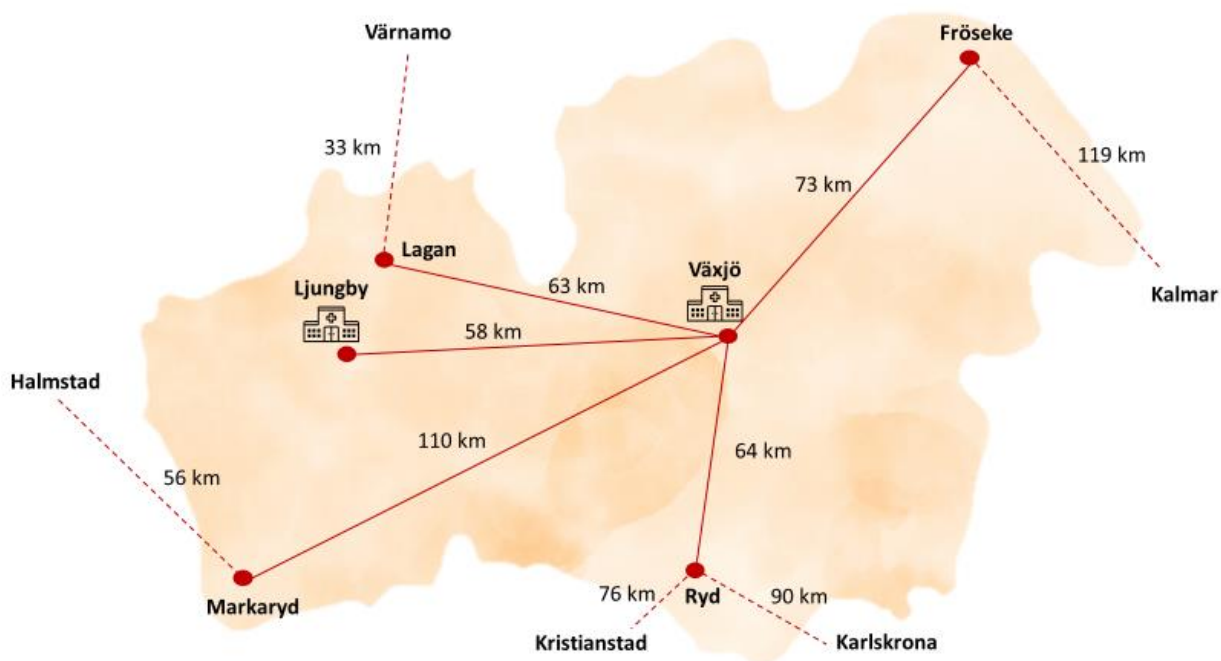
<sup>8</sup> Region Skåne (2024). Framtidens ortopedi i Hässleholm.



Ett utökat uppdrag för akutmottagningen på CLV skulle kräva större lokaler och mer bemanning. Akutmottagningen är idag inte dimensionerad för att ta emot det ökade inflödet som blir om LL:s akutmottagning stängs dygnet runt. Det kan också finnas anledning att överväga om en ytterligare vårdnivå bör ses över om akutmottagningen på LL ska stängas – något som lyftes i utredning om samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg som presenterades våren 2024.<sup>9</sup>

Utöver högre belastning på CLV:s akut förväntas scenariot även medföra högre belastning på såväl ambulansverksamheten som primärvården. Det kommer krävas striktare gränsdragning mot primärvårdspatienter för att kunna hantera de patienter som verkligen är i behov av akut vård, men även differentierade resurser i den västra delen av länet för att kompensera för att avståndet till akutvård där blir längre.

Förstärkning av ambulansverksamheten i västra länsdelen bedöms nödvändigt eftersom längre avstånd för patienttransporter är att vänta. När det gäller kritiskt sjuka patienter kör ambulansen till närmsta akutsjukhus oavsett huvudman och det kan förväntas att en ökad andel kritiska patienter kommer behöva köras utomlans. Längre avstånd till akutsjukhus finns redan i östra länsdelen, där det likaså är långa avstånd till närmsta akutsjukhus beläget utomlans. Nedan karta avser redogöra exempel på avstånd till akutsjukhus för ytterområden i västra och östra länsdelarna. Utgångspunkten är att en akutmottagning i Region Kronoberg endast finns på CLV.



Vid beräkning av avstånd är följande avståndskalkylator använd: [Avståndskalkylator - beräkna avstånd online!](#)

<sup>9</sup> Region Kronoberg (2024). (23rgk1789-13)

Kartan visar att kritiskt sjuka patienter i ytterområdena i västra länsdelen får längre till ett akutsjukhus inom länet. Samtidigt är avstånden till akutsjukhus i annat län kortare för västra länsdelen jämfört med avstånden både inom- och utomlans för östra länsdelens ytterområden. De långa transportavstånden i västra länsdelen påverkar framför allt de patienter som inte bedöms som kritiskt sjuka eftersom dessa kommer transporteras till CLV istället för utomlans. Samtidigt behöver det beaktas att kartan inte tar hänsyn till befolkningsunderlaget, där det exempelvis är betydande skillnader mellan befolkningsantal i Fröseke och Markaryd. I jämförelse med södra Sverige sticker dock avståndet mellan Markaryd och Växjö ut med sina ca 11 mil.

Scenariot är det som främst bidrar till att öka den elektiva verksamheten på LL och innebär även en mycket större påverkan på CLV där flödet ökar. Detta medför att patienter inte kommer lika naturligt till LL och flöden, likväl som vilka patienter som skickas till LL, behöver ses över. Det kommer också innebära ett behov av att se över läkarbemanningen eftersom läkarna ur ett kompetensförsörjningsperspektiv inte enbart kommer kunna arbeta på LL.

Scenariot skulle medföra en påverkan på tjänstgöringsupplägget för utbildningsläkare. Om det inte finns någon akutmottagning på LL skulle ST-läkare inte behöva binda upp stora delar av sin tid på jourtjänstgöring utan istället förlägga en större del av tiden på den elektiva produktionen. Det skulle också innebära mer sidotjänstgöring jämfört med idag. En förändring i utbudet på LL kommer följaktligen innebära en omställning i tjänstgöringsupplägg för utbildningsläkare.

Scenariot bidrar troligen till att kapaciteten ökar över tid när arbetssätt, flöden, bemanning, lokaler m.m. är väl etablerade. För sjukhusvården i Region Kronoberg i stort innebär det en besparing om man centraliserar akutmottagningen till CLV. Rapporten *Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg* bedömer att stängning av akutmottagningen på LL ger bättre förutsättningar avseende kompetensförsörjning, tillgänglighet och patientsäkerhet. Behovet av läkare, sjuksköterskor och undersköterskor vid medicin-, kirurg- och ortopedkliniken minskar. De resurser som frigörs från jourbemanning på akutmottagningen kan användas för att öka den elektiva produktionen.<sup>10</sup> Ur ett långsiktigt perspektiv bedöms det finnas potential i detta upplägg. Däremot är akutmottagningen på CLV idag inte rustad för detta – varken lokal- eller bemanningsmässigt. En översyn av såväl lokaler som bemanning på CLV skulle således krävas.

## 1.5 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. Det skulle innebära att varken ortopedkliniken eller kirurgkliniken skulle bemanna för akuta patienter på LL, utan endast medicinklinikens och

---

<sup>10</sup> Sirona (2023).

akuttklinikens 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.

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.

## 2. Samlokalisering av akutmottagning - JLC

Nedan beskrivs samlokalisering av akutmottagning – JLC utifrån beprövad erfarenhet med koppling till forskningsresultat. En omvärldsbevakning har gjorts och redovisas i slutet av denna bilaga. Utifrån ett samlokaliseringsperspektiv blir konsekvenserna i grunden samma i de olika scenarierna och avsnittet redovisas därför i sin helhet istället för uppdelat per scenario. I scenario tre utgår samlokalisering i Ljungby i och med att scenariot innebär att akutverksamheten i regionen centraliseras till CLV.

JLC är organiserade på olika sätt i de båda länsdelarna. I västra länsdelen har JLC tidigare bedrivits i akutmottagningens lokaler på LL. JLC flyttade i samband med pandemin 2020 ut från akutmottagningen i Ljungby och bedrivs nu i egna lokaler. I östra länsdelen är JLC förlagd till vårdcentralen Skärvet, som är belägen i Växjö.<sup>11</sup>

Jourläkarcentralerna har öppet vardagar kl. 17.00-21.00 och helger kl. 08.00-21.00 samt läkarberedskap vardagar kl. 17.00-08.00 samt helger kl. 08.00-08.00.<sup>12</sup>

JLC västra länsdelen, Ljungby, var flyttad till Växjö under perioden mars 2020 till och med augusti 2021. Från september 2021 till september 2023 hade JLC i Ljungby öppet för digitala besök under vardagar och fysiska besök på helger. Från och med oktober 2023 är JLC västra åter öppet enligt tiderna ovan.<sup>13</sup>

Exemplen från omvärldsbevakningen (se slutet av denna bilaga) visar på en växande trend mot att integrera akuta och primära vårdtjänster för att säkerställa att patienter snabbt och effektivt får vård på rätt nivå. Detta tillvägagångssätt ligger i linje med de pågående vårdreformerna i Sverige, som syftar till att förbättra tillgängligheten och effektiviteten inom systemet. Flera regioner i Sverige har utforskat eller implementerat strategier för att förbättra integrationen och effektiviteten i vårdtjänster, särskilt genom samlokalisering och samordning av jourläkarcentraler och akutmottagningar. Målet är ofta att effektivisera patientflödet och använda resurserna bättre genom att säkerställa

---

<sup>11</sup> Region Kronoberg (2024). (24hsn364)

<sup>12</sup> Ibid.

<sup>13</sup> Ibid.

att icke-akuta fall hanteras utanför akutmottagningarna, som normalt är reserverade för mer kritiska fall.

En stor internationell genomgång påvisar att 20–40 % av besöken till akutkliniker runt om i världen sker på fel vårdnivå på så vis att en akutkliniks resurser inte behövs för att ta hand om dessa patienter.<sup>14</sup> Andelen patienter som hänvisades från akuten på CLV till annan vårdnivå utgör 20,7 % av patientflödet (jan-juni 2024) och motsvarande för LL var under samma tidsperiod 19,1 %. I ambulansverksamhetens delårsrapport per augusti 2024 uppges att 31 % av patienterna hänvisas annan vårdform än akutmottagning. Ambulansverksamheten påtar sig att det inte betyder att hänvisning är lika med felaktigt. Ambulansen gör bedömning, initierar behandling och vidare uppföljning för patientgruppen även om felaktiga uppdrag också finns inom ambulanssjukvården. Larmcentralen hänvisar cirka 15 % av samtalen till 112 tillbaka till 1177 eller primärvård.

I en enkätundersökning som gjordes på akutmottagningen CLV i maj 2023 anger 33 % av de svarande att de inte har varit i kontakt med vården det senaste dygnet gällande besvären de nu söker akutsjukvård för. 27 % svarar att de inte fått någon rekommendation från vårdpersonal att komma till akuten. På frågan om vården kunnat göra något för att personens besök på akuten inte hade behövts svarar cirka 14 % att besöket hade kunnat förebyggas genom bedömning av läkare via telefon/digitalt (6 %) och genom en tid på vårdcentral (9 %). Enkätundersökningen som genomfördes är relativt liten men ger ändå en fingervisning som ligger i linje med tidigare forskningsresultat. Tillgängligheten till primärvården är en avgörande faktor i att förebygga onödiga besök på akuten.

Studier inom området är inte entydiga. Å ena sidan finns studier som visar på att samlokalisering av primärvård och akutvård ökar vårdbehovet<sup>15</sup>, och att det inte är kostnadseffektivt.<sup>16</sup> Å andra sidan återfinns studier som påvisar det motsatta. I delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård<sup>17</sup> redogörs för att primärvårdens jouruppdrag under kvällar och helger skulle kunna göras i samverkan med sjukhusens akutmottagningar för att underlätta för patienter att få rätt vård på rätt plats.

I den konsekvensbeskrivning som primärvården och akutmottagningen gemensamt tog fram under 2020 beskrivs negativa och positiva konsekvenser med återgång till samlokalisering av JLC Ljungby och akutmottagningen på LL. Konsekvensbeskrivningen beskriver situationen som var före pandemin med en omfattande problembild gällande arbetsmiljö och patientsäkerhet. De negativa konsekvenserna listade är väsentligt fler än de positiva. Patientsäkerhetsrisker, inklusive en Lex Maria för risk för fel vårdnivå, är bland

---

<sup>14</sup> Henricson J et al, 2022

<sup>15</sup> McFadzean JJ, et al, 2022

<sup>16</sup> Van Veelen MJ et al 2016, Cooper A et al, 2024

<sup>17</sup> SOU 2018:39 s 332

de negativa konsekvenserna med allvarlig risk.<sup>18</sup> Det finns även ett IVO-ärende (dödsfall) med tydlig koppling till den dåvarande situationen.

I samma konsekvensbeskrivning belyses även en gemensam fysisk ingång för JLC Växjö och akutmottagningen i Växjö. Även här är de negativa konsekvenserna övervägande. I nuvarande sjukhusstruktur är inte akutmottagningens lokaler på CLV tillräckliga för att rymma en JLC, och det skulle medföra en ombyggnad av närliggande lokaler. Om en regiongemensam ingång på jourtid ska finnas bör den vara digital eller per telefon för att lotsa patienter till rätt vårdnivå.

Samtidigt finns också fördelar med samlokalisering som exempelvis gemensam handläggning av vissa patienter. Exempelvis kan en distriktsläkare enkelt konsultera läkare inom sjukhusvården och sedan slutföra vårdbesöket.

Sjukhusvårdens uppfattning är att samlokalisering inte är en framkomlig väg. Det har prövats tidigare i Ljungby och utfallet var inte tillfredställande ur flera aspekter. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det bland annat svårt för patienten att veta vilken vårdnivå patienten befinner sig på om olika vårdnivåer befinner sig på samma ställe. Det är väsentligt med rätt kompetens på rätt ställe för att säkerställa rätt vårdnivå. Det kan exempelvis vara patientsäkert med en distriktsläkare som hanterar en akut svårt sjuk patient och vice versa. Det finns således en vinst med att hålla akutmottagningens flöde och JLC:s flöde separerade, något som både sjukhusvården och primärvården understryker. Primärvården framhåller att det är få patienter som inte kan hanteras under primärvårdens ordinarie öppettider. JLC:s patienter ska inte vara desamma som akutmottagningens, vilket stärks ytterligare genom JLC och akutmottagningarnas skilda uppdragsbeskrivningar.

JLC har i uppgift att göra de medicinska bedömningar och ge den vård som inte kan vänta till dess att ordinarie vårdcentraler är öppna.

Akutmottagningarnas uppdrag är att handlägga de patienter som söker akut och behöver sjukhusets resurser. En samlokalisering kan snarare motverka detta. En bättre resurssatt primärvård kan ta hand om patienterna under primärvårdens ordinarie öppettider. Primärvården behöver fortsatt arbeta med tillgänglighet för primärvårdspatienter. Förlängda öppettider vardagar på vårdcentraler kan vara ett alternativ till jourläkarcentralen. Samtidigt så innebär bemanning på jourtid en försämrad bemanning dagtid på vårdcentralerna. Sammantaget ser både primärvården och sjukhusvården få vinster med en gemensam fysisk ingång för akutmottagning och JLC. Om ett beslut om gemensam fysisk ingång skulle tas behöver strukturen se ut på ett annat sätt jämfört med den som redan prövats i Ljungby.

---

<sup>18</sup> Region Kronoberg 2020 (24hsn364)

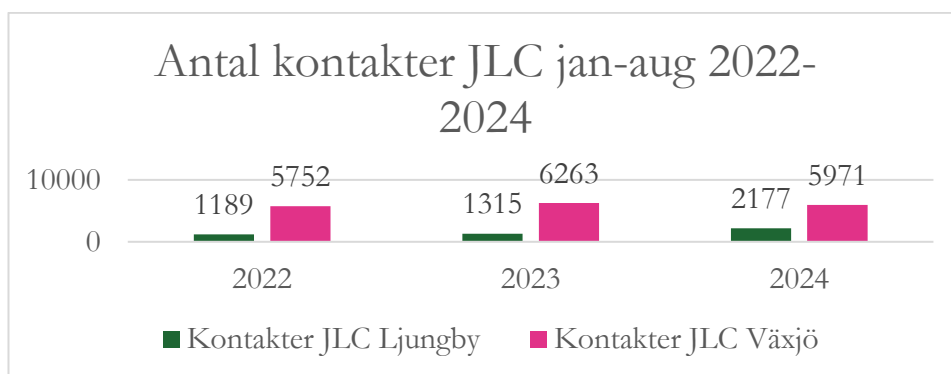
## 2.1 Andra möjliga vägval

### 2.1.1 Jourläkarcentraler (JLC)

Under våren 2024 färdigställdes en utredning som en första genomlysning av Region Kronobergs jourläkarcentraler.<sup>19</sup> Utredningen specificerar 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 primärvården användas för tillgänglighet dagtid. Utredningens utgångspunkt var nuvarande organisering med två akutmottagningar.

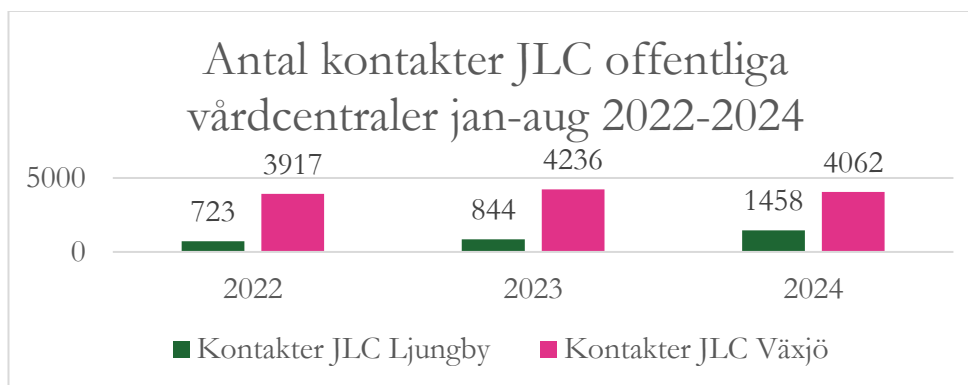
Ett alternativ är att titta på JLC öppettider. Exempelvis skulle JLC:s öppettider kunna anpassas efter behovet genom analys av besöksstatistik över dygnets alla dagar och tider. En sådan analys skulle kunna resultera i en JLC i Ljungby som är öppen på helger men inte vardagar. Ett annat alternativ skulle kunna vara kvällsöppet på samtliga vårdcentraler. En djupare analys behöver göras för att beakta alla möjliga vägval med patientens bästa i fokus.

Utökade öppettider ligger i linje med delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.<sup>20</sup> Där framgår att vissa vårdbehov som ryms inom primärvårdens uppdrag är medicinskt brådskande och således inte kan vänta till nästa vardag. Primärvården måste därför kunna erbjuda vård även under kvällar och helger. Fortsättningsvis bör primärvården finnas tillgänglig dygnet runt för patienter som exempelvis får kommunal hälso- och sjukvård i ordinärt eller särskilt boende. Tillgång till såväl sjuksköterska som läkare behöver säkras dygnet runt. Utredningen anser att primärvården behöver organiseras på ett sådant sätt att den kan möta dessa behov även på kvällar och helger.



<sup>19</sup> Region Kronoberg (2024). (24hsn364)

<sup>20</sup> SOU 2018:39 s 332



### 2.1.2 Närakut/förstärkt JLC

I slutrapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* föreslås att regionens akuta och elektiva flöden separeras och att CLV blir regionens akutsjukhus medan LL får en ökning av elektiv verksamhet och en tydlig profil med mer specialiserad elektiv vård.<sup>21</sup> I utredningen rekommenderas att utreda hur en ersättningsverksamhet kan vara ett komplement vid behov av akut vård i västra länsdelen. En sådan verksamhet skulle kunna definieras som förstärkt JLC med möjlighet till första bedömning, röntgen och provtagning. Det skulle i så fall innebära en ny vårdnivå som i många fall benämns som närakut. I omvärldsbevakningen ges exempel på närakuter från Region Stockholm, Region Skåne samt Danmark. Om beslut tas om att koncentrera den akuta verksamheten till CLV kan en möjlig väg framåt vara en utredning i linje med rekommendationerna. En sådan utredning behöver bland annat ta hänsyn till patientunderlag, påverkan på medicinsk service samt kostnadseffektivitet.

I Region Västerbotten har man utvecklat det som kallas sjukstugemodellen. En sjukstuga är ett minisjukhus som drivs av primärvården. De finns på sju orter runtom i Västerbotten. Förutom sedvanlig vårdcentralskompetens (läkarmottagning, distriktssköterskor, MVC, BVC, sjukgymnastik, arbetsterapi och kuratorsverksamhet) finns även egna laboratorier och röntgen. På sjukstugorna finns också ambulansverksamhet och akutvårdsavdelning med vårdplatser som bemannas dygnet runt.<sup>22</sup>

Utöver detta finns också hjärtundersökning med ultraljudsrobot, en mobil väska med mätinstrument för exempelvis blodtryck, blodvärde och blodsocker där kroniskt sjuka själva sköter sina rutinkontroller.

I slutbetänkandet *Effektiv vård* görs bedömningen att arbetssätten i sjukstugemodellen utgör en ”sinnebild” av den utveckling som svensk hälso- och sjukvård behöver ta. Med utgångspunkten i primärvården med integration från sjukhusvård och kommunala insatser används resurserna från vårdkedjans olika huvudmän på bästa sätt för patienten.<sup>23</sup>

<sup>21</sup> Region Kronoberg (2024). (23rgk1789-13)

<sup>22</sup> SOU 2016:2 s 364

<sup>23</sup> Ibid.

### 2.1.3 Kontaktvägar mellan primärvård och specialiserad vård

En annan lösning som inte innefattar organisationsförändring är att arbeta med kontaktvägar. Modellen *Ökad samverkan mellan primärvård och specialistvård – omställningen Nära vård* är framtagen av Region Jönköpings län. Syftet är att skapa enkla kontaktvägar mellan primärvård och specialiserad vård. Beslut har tagits av dåvarande tillförordnade verksamhetschef för primärvård, psykiatri och rehabilitering (PPR) och sjukhuschef att ta fram ett förslag till anpassad modell för Region Kronoberg. Syftet är att läkare i primärvården och den specialiserade vården tillsammans kan lösa gemensamma patientfrågor. I omställningen från organisation till relation har verksamheter från både primärvård och sjukhusvård identifierat behovet av enkla kontaktvägar mellan läkare som ett prioriterat arbetssätt för ökad samverkan. Behovet inkluderar såväl tydligare kommunikationsvägar till grenspecifik kompetens, tillgång till subakuta mottagningstider, multidisciplinär konferens (MDK) samt möjlighet till direktinläggningar.

Ledningsgrupperna för SHV och dåvarande PPR har föreslagit att kommunikationsvägar och subakuta mottagningstider ska prioriteras i steg ett och att direktinläggningar och MDK kan introduceras när steg ett finns på plats. Kommunikationsvägarna är implementerade och kallas för [Kontakt läkare till läkare](#). Primärvården har även andra initiativ på gång. Bland annat kommer man att titta på ingångarna till vården för att se vad som stödjer patienterna att hitta rätt, öka tillgängligheten genom exempelvis direktbokningar från JLC och 1177 till vårdcentral samt att utifrån behovsgrupper identifiera och implementera lämpliga ingångar och kommunikationsvägar.

### 2.1.4 Mobila enheter

I kartläggning av mobila verksamheter inom hälso- och sjukvården i Region Kronoberg framgår att sjukhusvårdens mobila arbete övervägande är inriktat på patienter med specifika behov och diagnoser. Det saknas allmänna mobila team på specialistnivå som inom exempelvis Region Uppsala och Region Skåne. Som en del av kartläggningen har en omvärldsbevakning gjorts där exempelvis mobila närsjukvårdsteam i Region Örebro, sjukhusanslutet hemsjukvårdsteam i Norrtälje samt akutläkarbil i Västra Götalandsregionen lyfts som exempel på mobil verksamhet på specialistnivå.<sup>24</sup>

Forskningen på mobil vård är inte entydig. Mobil verksamhet kan komma med många fördelar – både ur ett patient- och samhällsperspektiv. Men det finns också sådant som tyder på att vårdformen inte alltid är resurseffektiv eller påverkar antalet sjukhusinläggningar i den omfattning vissa ibland hävdar. Av omvärldsbevakningen framgår att Region Skåne upplever att den mobila akutsjukvården är en kostnadseffektiv lösning. De räknar med att en disponibel vårdplats i vårdformen akut sjukvård i hemmet motsvarar cirka halva kostnaden jämfört med en disponibel vårdplats i slutenvård på

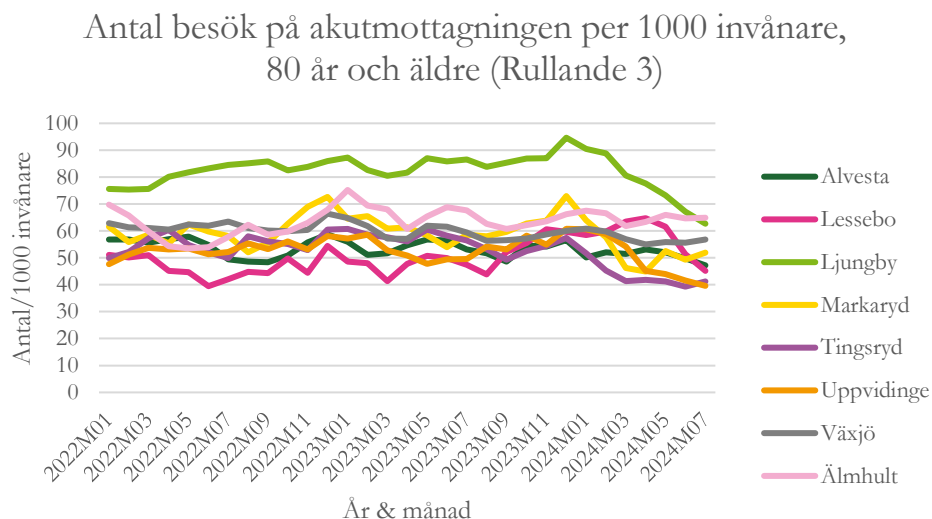
---

<sup>24</sup> Region Kronoberg (2024). (24hsn482)



medicinavdelning. Samtidigt framgår av omvärldsbevakningen att flera mobila insatser lagts ner runt om i landet med anledning av utebliven förväntad effekt.

I Kronobergs län finns en samverkansmodell mellan kommunal primärvård, regional primärvård samt ambulansen. Projektet startade i Tingsryds kommun och breddinförs under 2024–2025 i länets samtliga kommuner. Syftet är att i samverkan erbjuda personcentrerad vård i nära anslutning till hemmet och undvika onödiga slutenvårdstillfällen. I utvärdering av projektet syns effekter på minskat antal besök på akutmottagningen, se tabellen nedan.



Sammanfattningsvis återfinns redan idag ett mobilt arbetssätt inom såväl primärvård som sjukhusvård i Region Kronoberg. I fortsatt arbete med samplaneringen av vårdens innehåll kan det dock finnas anledning att fundera över om det mobila arbetssättet kan behöva kompletteras i länets västra delar, och då framför allt överväga införandet av allmänt inriktade mobila team på sjukhusnivå.

## 2.2 1177 som huvudingång

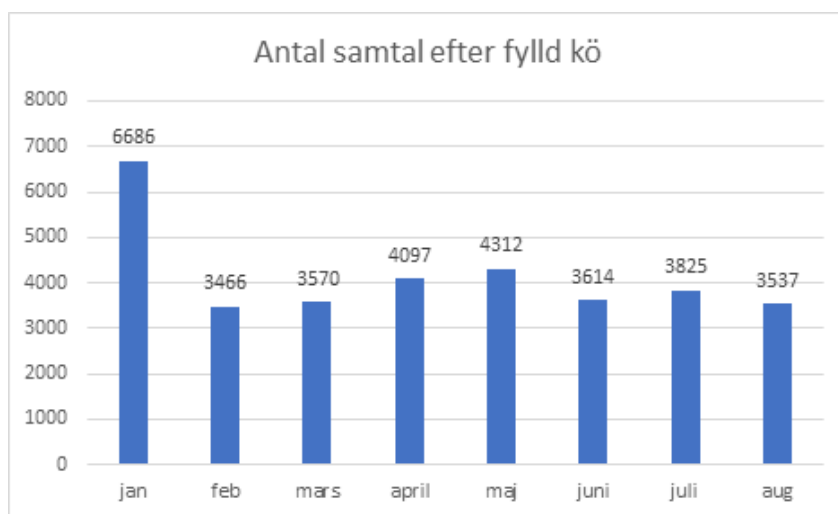
Av uppdraget från regionstyrelsen (§ 130/2024) framgår att utgångspunkten ska vara 1177 som huvudingång till vården vid nya symptom, något som styrgrupp nära vård tog ett inriktningsbeslut om hösten 2022. Konsensus råder inom sjukhusvården och den offentliga primärvården om att en väg in under dygnets alla timmar är att föredra. I november 2023 lanserades dessutom 1177 direkt, en chattfunktion som är ytterligare ett sätt för invånarna att nå huvudingången till vården.

Syftet med att 1177 ska utgöra huvudingång är att undvika onödiga samtal till vårdcentralerna och omotiverade besök till akutmottagningen. På sikt är målsättningen att den direkta ingången via telefon till vårdcentraler till stor del ersätts av en ingång till den centrala funktionen. Idag finns utmaningar med tillgänglighet hos länets vårdcentraler – både via telefon och till mottagningsbesök. Den övergripande målsättningen är således att patienter via

1177 lotsas till rätt vårdnivå. Implementering av arbetet med 1177 som huvudingång pågår.

En viktig aspekt av en huvudingång till vården är invånarnas förväntningar på vårdutbudet och vilka krav som går att ställa på vården. Invånarna bör ges möjlighet till rätt förväntningar på vårdutbudet genom tydlig information, rådgivning och hänvisning. Detta får stöd genom forskning som påvisar att patientinformation är en nyckelfaktor för att hänvisa patienter till rätt vårdform vid akuta besvär. Vidare krävs såväl utbildning som information för att ändra beteendet hos den patientgrupp som söker akutvård på grund av bekvämlighet eller okunskap om rätt vårdnivå.<sup>25</sup> Beteendeförändring är inte en isolerad lösning och det är viktigt att invånarna inte beskylls för att söka vård på fel vårdnivå. Istället är det viktigt att vårdgivaren tar ansvar för att förändra systemet som i dess nuvarande form orsakar ett oönskat beteende hos invånarna och patienterna. Fokus bör vara en tillgänglig primärvård samt att underlätta för patienter att göra rätt i sin första vårdkontakt.

Tillgänglighetssiffrorna för vårdcentralerna visar tydligt att dagens upplägg inte fungerar. Bilden nedan visar antalet samtal som inkommer till vårdcentralerna när telefonkön är full för dagen, uppdelat per månad. Det är således en stor mängd samtal som inte besvaras.



*Bilden visar både offentliga och privata vårdcentraler.*

Troligtvis skulle en förbättrad framkomlighet till primärvården bidra till minskat tryck på såväl JLC som akutmottagningen. Primärvården arbetar aktivt med att skapa en god tillgänglighet på telefon och har per augusti 2024 en tillgänglighet på 95%. Det återfinns dock variationer mellan de olika vårdcentralerna, vilket är anledningen till det stora antalet obesvarade samtal i tabellen ovan.

För att möta invånarnas behov behöver tillgängligheten vara mycket god. Konsensus råder inom sjukhusvården och den offentliga primärvården att en

---

<sup>25</sup> McFadzean et al, 2022

väg in till primärvården är att föredra. De privata primärvårdsaktörerna har valt att stå utanför satsningen av 1177 direkt och använder istället sina egna kanaler. De privata vårdcentralerna argumenterar också för att det inte är ekonomiskt försvarbart att de både ska bemanna JLC och samtidigt betala för att deras listade patienter söker vård där. I nuvarande uppdragsspecifikation står att konkurrensneutralitet ska råda och de privata aktörerna menar att 1177 som huvudingång kan bidra till att manövrera ut de privata aktörerna. Flera privata aktörer har sina egna digitala ingångar och menar att om 1177 ska användas är patienten styrd till den offentliga vården under dygnets alla timmar.

En annan åtgärd som skulle kunna vidtas för att underlätta för invånarna i Kronobergs län vid dess kontakt med vården skulle kunna vara att utöka de bemannade öppettiderna på 1177 direkt på kvällar och helger. Syftet skulle då vara att tydliggöra 1177 som huvudingång dygnet runt vid nya symptom.

### **3. Barnrättsperspektiv**

En enkel prövning av barnets bästa har gjorts, en för akutflödet och en för samlokalisering akutmottagning och JLC.

# Källor

Ansah, John et al (2021). *Modeling Emergency Department crowding: Restoring the balance between demand for and supply of emergency medicine*  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33434228/>.

Cooper A et al, (2024). [Programme theories to describe how different general practitioner service models work in different contexts in or alongside emergency departments \(GP-ED\): realist evaluation](#). Emerg Med J. 2024 Apr 22;41(5):287-295. doi: 10.1136/emmermed-2023-213426. PMID: 38649248; PMCID: PMC11041563.

Dagens Medicin, 2024-10-24. *Skåne kan få ny vårdform – mellan vårdcentral och sjukhus* [Skåne vill införa nio helt nya ”nära vård-enheter” - Dagens Medicin](#).

Henricson J et al (2022). [Pathways to the emergency department - a national, cross-sectional study in Sweden](#). BMC Emerg Med. 2022 Apr.

Läkartidningen (2024). *Nedläggningar av akutsjukhus tycks åter vara aktuella i Sverige*.

McFadzean IJ et al (2022). [Realist analysis of whether emergency departments with primary care services generate 'provider-induced demand'](#). BMC Emerg Med. 2022 Sep 6;22(1):155. doi: 10.1186/s12873-022-00709-2. PMID: 36068508; PMCID: PMC9450363.

Molander Robin, Forum för Health Policy – *Att inspireras av Danmark kan hjälpa oss*. 2021-03-04.

Region Halland. (2024). *Utvärdering Vårdcentralsakuten Varberg och Halmstad sommaren 2024*.

Region Jönköpings län (2024). [Förbättrat patientflöde och kortare väntetider inom akutsjukvården, Region Jönköpings län \(ril.se\)](#).

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

Region Kronoberg (2020). *Konsekvensbeskrivning gemensam organisation akuten – jourläkarcentralen*, 2020-09-23 (24hsn364).

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

Region Kronoberg (2024). *Återrapportering – Utredning om behov av jourläkarcentral*, 2024-03-13 (24hsn364).

Region Skåne (2024). Underlag inför beslut i regionfullmäktige 2024-11-04. Ny vårdform inom nära vård [skane.se/namndshandlingar/62417805/](https://skane.se/namndshandlingar/62417805/), Region Skånes förslag till verksamhetsplan och budget 2025 med plan för 2026–2027 [Region Skånes verksamhetsplan och budget 2025 \(skane.se\)](#).

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

- SCB (2024). *Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024-2040*. [Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040 \(scb.se\)](#)
- SCB. (2024). *Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december och befolkningsförändringar 2023*. [Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2023 och befolkningsförändringar 2023 \(scb.se\)](#)
- Socialstyrelsen, 2015 och 2017, *Väntetider och patientflöden på akutmottagningar*.
- Sirona (2023). Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg (23rgk1789-13.1).
- SOU 2016:2. *Effektiv vård*.
- SOU 2018:39. *God och nära vård – En primärvårdsreform*.
- Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård (SFAI). 2024. *Riktlinjer för svensk intensivvård*. [Microsoft Word - Riktlinjer publiceringsversion BARK .docx \(sfai.se\)](#).
- Sveriges kommuner och regioner (2012). Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning. [7164-763-4.pdf \(skr.se\)](#)
- Van Veelen MJ et al (2016). Effects of a general practitioner cooperative co-located with an emergency department on patient throughput. World J Emerg Med. 2016;7(4):270-273. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.04.005. PMID: 27942343; PMCID: PMC5143310.
- Vårdanalys. (2018). *En akut bild av Sverige Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning*. [En akut bild av Sverige | Vård- och omsorgsanalys \(vardanalys.se\)](#).

# Bilagor

## Konsekvenser för verksamheterna

Nedan redovisas de konsekvenser som identifierats av verksamheterna i de olika scenarierna.

### **Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett**

#### **Akutkliniken**

##### *Ekonomi*

Stängd akut nattetid på LL bedöms ge ökade kostnader med ökad bemanning för CLV. Samtidigt är patientunderlaget för akutmottagningen på LL litet nattetid.

##### *Medarbetare*

Om akutmottagningen på LL stänger nattetid uppkommer ett ökat behov av bemanning på CLV, där belastningen redan idag är hög. Behov av rekrytering föreligger därför för att kunna hantera ett ökat inflöde av patienter som annars skulle gått till LL. Samtidigt finns svårigheter att rekrytera vårdpersonal generellt vilket gör frågan utmanande ur ett kompetensförsörjningsperspektiv.

För akutmottagningen på LL krävs det mindre bemanning vid utebliven natt och eventuella vakanser bedöms lättare att lösa. Samtidigt finns en risk att medarbetare som trivs med rotationstjänstgöring slutar. Likaså bedöms semestern bli mer svårlöst utifrån att personalstyrkan minskar.

Vid en stängd akut nattetid på LL kommer sjukdom på morgonen hos vårdpersonal vara sårbart. När verksamheten är öppen dygnet runt finns möjlighet för vårdpersonal som arbetar natt att stanna kvar till dess att vikarie är på plats. Den möjligheten försvinner när det inte finns någon vårdpersonal under natten på akutmottagningen i LL.

Om det inte finns några IVA-platser på LL kommer det inte heller finnas några svårt sjuka patienter. Det är möjligt att det bidrar till att akutmottagningen på LL blir en mindre attraktiv arbetsplats.

För varje enskild medarbetare kan det få ekonomisk påverkan i form av minskat OB när nattarbetet tas bort samt om pendlning skulle bli aktuellt.

##### *Patienter*

Ur ett patientperspektiv ses det som fördelaktigt att specialistkompetenser samlas till ett sjukhus. För patienter som kommer till LL kvällstid kan det även antas medföra snabbare handläggning p.g.a. färre patienter på akutmottagningen vid den tidpunkten. Samtidigt medför det att invånare i västra länsdelen får längre avstånd till akutsjukvård och det finns risk att det blir svårt för invånaren att veta vart man ska vända sig.

Ingen högre vårdnivå på sjukhuset.

### *Arbetsätt och -flöde*

På CLV förväntas vårdplatskoordinationen bli mer utmanande. Det finns också en risk att det behöver ske flera transporter av instabila patienter mellan sjukhus när alla Prio 1-larm omdirigeras till CLV kommer det på sikt bli minskad kompetens hos personalen på LL. Det behöver även klargöras huruvida patienter ska läggas in på hemsjukhus efter att ha varit på CLV.

Det bedöms finnas utmaningar med att kunna stänga akutmottagningen på LL i tid och få iväg de patienter som kommer kvällstid. Däremot visade sommarutvärderingen från sommaren 2024 att det fungerade väl, med undantag för enstaka kväll.

### **Ambulansverksamheten**

Att ta bort intensivvårdsplatserna på LL medför att de mest urakuta patienterna inte kan handläggas på akutmottagningen på LL. Ökade transporter kan främst hanteras dagtid på vardagar när fler resurser är i drift.

Erfarenheterna efter sommaren 2023 påvisar hanterbar påverkan på ambulansverksamheten av en stängning av IVA på LL. Transporter (samtliga prioriteter) från LL till CLV ökade med i snitt 2,5 uppdrag/vecka. Ambulansuppdrag direkt från bostad/skadeplats i västra länsdelen till CLV ökade med i snitt 1,5 uppdrag/vecka. Detta förutsatte dock vissa undantag vid larmnivå 1 och att larmnivå 3 samt Rädda Hjärnan-larm kunde tas emot dygnet runt vid akutmottagningen LL. Undantagen gällande larmnivå 1 förutsatte då att anestesikompetens fanns närvarande dygnet runt på LL.

Stängning av akutmottagningen på LL nattetid medför påtaglig påverkan på ambulansverksamheten. Kvälls- och nattetid kommer samtliga patienter i behov av sjukhusvård behöva transporteras till CLV eller annat sjukhus.

Erfarenheterna från sommar 2024 påvisade att ambulans var i upptagningsområdet i mindre omfattning samt att tillgängligheten vid akuta uppdrag försämrades. Detta trots att ambulansverksamheten förstärktes med extra ambulansresurs i Ljungby under den tid på dygnet när akutmottagningen var stängd. Under delar av sommaren 2024 gjordes omfördelning av ambulansresurser inom länet för att klara av en resursförstärkning i Ljungby. Detta fick dock följdverkningar i andra delar av länet med minskad tillgänglighet, ökad arbetsbelastning och att en kommun i länet fick stå utan ambulans under stor del av dygnet under denna period. Bedömningen är att resursförstärkningen i Ljungby under sommaren 2024 var nödvändig för att upprätthålla tillgång till ambulanssjukvård i västra länsdelen.

### *Ekonomi*

En uppskattning är att ambulansverksamheten behöver förstärkas med en nattambulans på västra sidan vilket kräver utökade tjänster om 7,7, vilket motsvarar en uppskattad kostnad av 7,7 mnkr. Utöver kostnad för utökade tjänster kommer körda mil att öka och medföra ökade kostnader för drift av ambulansfordon, bränsle, service och reparationer.

### *Medarbetare*

Trots behov av förstärkning nattetid har tidigare riskanalyser och utvärdering påvisat en ökad arbetsbelastning under arbetspassen, då patienter i behov av sjukhusvård transporteras längre. Vidare har även en etisk stress hos ambulanssjuksköterskan påvisats i tidigare riskanalyser då kritisk patient vårdas längre tid i ambulans. Riskanalys inför eventuell förändring behöver göras före beslut.

### *Patienter*

Baserat på erfarenheterna från sommaren 2023 och 2024 har invånarna beskrivit oro av att ha längre till akutsjukhus. Ambulanspersonalen beskriver i sommarutvärderingen att det har förekommit att invånare inte velat åka med ambulans till CLV utan åkt med egen bil till sjukhus utanför Kronoberg. Ambulansverksamheten har inte tillgång till statistik för att se hur vanligt förekommande det var. Vidare var det tydligt att antalet hänvisningar ökade i västra länsdelen under sommaren 2024, nattetid när akutmottagningen LL var stängd.

### *Arbetsätt och -flöden*

De flöden som ambulanserna arbetar i normalt förändras varpå fler ambulanser än Ljungby, Markaryd och Älmhult antas få en längre uppdragstid. Vid samtida uppdrag kommer det oftare att krävas att ambulanser från närliggande områden såsom Alvesta, Tingsryd och Växjö kommer behöva stötta på västra sidan.

Om flöden för direktinläggning vid LL, för vissa patientgrupper, arbetas fram kan ambulansens påverkan minska något. Likaså visade erfarenheterna från sommaren 2024 att samverkansmodellen med kommunal och regional primärvård kunde tillämpas och att viljeriktningen att lyckas var tydlig från alla involverade. Att utveckla möjligheter för prehospitalt läkarstöd och kontakt med primärvårdsläkare under jourtid skulle ytterligare kunna förbättra möjligheter till nya arbetsätt.

Ambulansverksamheten kommer under 2024–2025 utreda möjligheten till att differentiera resurserna ytterligare där transportresurs och bedömningsresurs bedöms kunna bidra till ökad tillgänglighet. Ett tillskott av dessa resurser kan möjligen ersätta behovet av ytterligare akutambulans. Detta måste dock utredas innan slutsatser kan dras.

Samverkan med sjuktransportverksamheten kan och bör intensifieras ytterligare för patienter där det under transport inte finns behov av legitimerad personal.

### **Bild- och funktionsmedicin (BFM)**

Reducerade öppettider nattetid på akutmottagningen på LL innebär ingen förändring i bemanning på röntgen då ineliggande patienter behöver ha tillgång till röntgen om de blir sämre under natten. BFM skulle behöva ha samma verksamhet som idag, men det skulle vara lite belastad och innebär inga schemavinster.



### **Kvinnokliniken**

Kvinnokliniken har idag ingen akut verksamhet på LL utan det akuta flödet är centrerat till CLV. På LL bedrivs planerad verksamhet på mottagning samt vissa dagkirurgiska insatser. På CLV finns både ett akut flöde och planerad verksamhet. Den största delen av den planerade vården är redan idag centrerad till LL.

Kvinnokliniken uppger att det akuta flödet inte påverkas i någon större utsträckning av reducerade öppettider på akutmottagningen på CLV. Det blir ingen direkt skillnad vad gäller övriga scenarier.

### **Onkologkliniken**

På LL har onkologkliniken idag ingen egen vårdavdelning utan deras patienter är inneliggande hos andra verksamheter som kirurgkliniken, ortopedkliniken och medicinkliniken. Två dagar/vecka bemannar onkologen vårdavdelningarna med egna läkare. Övrig tid är MIG-teamets bedömningar avgörande för de inneliggande patienterna.

Den största delen av onkologkliniens verksamhet är planerad och de akuta inläggningarna som görs går oftast via dagsjukvården eller mottagningen. Ett fåtal går via akutmottagningen.

Ingen direkt skillnad vad gäller övriga scenarier.

### **Ögonmottagningen**

Ögonkliniken tar idag emot akuta patienter dagtid på både LL och CLV genom särskilt reserverade tider för ett akut flöde på mottagningen. På CLV har ögonkliniken en beredskapslinje på kvällar och natttid som kan kontaktas av JLC eller CLV. De flesta patienter kan på jourtid avhjälpas via telefonkontakt.

Ögonkliniken uppger att akutflödet idag är litet på LL. Med anledning av rekryteringssvårigheter behöver läkarna på CLV bemanna mottagningsverksamheten på LL när hyrpersonal inte används. Det finns en långsiktig plan för kompetensförsörjningen med fast läkare på LL.

Ögonkliniken opererar idag endast på CLV där de har en egen operationssal. Fyra gånger/år bokas centraloperation för insatser som kräver narkos. Övrigt flöde hanteras av kliniken utan hjälp från andra verksamheter. Det innebär att den akuta verksamheten inte påverkas i någon stor utsträckning av hur öppettiderna på akutmottagningen på LL är.

Ingen direkt skillnad vad gäller övriga scenarier.

### **Öron-, näsa-, hals (ÖNH)**

ÖNH-mottagningen på LL bedriver idag till största del planerad verksamhet, men tar även emot akuta remissbesök dagtid vid behov. Det återfinns således inget akut flöde i någon stor utsträckning. I undantagsfall kan patienter hänvisas till CLV.

På LL utförs även vissa operationer under en halvdag i veckan, men de flesta operationer utförs på CLV. För den verksamhet som kräver läkare på LL

används idag två av läkarna från CLV. Det innebär att de dagar då dessa läkare tjänstgör på LL går två timmar av deras arbetstid till transport. ÖNH har ingen egen vårdavdelning utan ineliggande patienter återfinns på exempelvis barnkliniken, IVA eller medicinkliniken.

Ingen direkt skillnad vad gäller övriga scenarier.

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

### **Akutkliniken**

Förutom de punkter som anges under scenario 1 tillkommer nedan.

#### *Ekonomi*

För LL kommer scenariot leda till färre besök, vilket medför en högre kostnad per patient. Det skulle fortsatt krävas samma bemanning nattetid oavsett antal patienter.

#### *Medarbetare*

Det är nödvändigt med bibehållen bemanning för LL.

#### *Patient*

Om endast medicinska patienter ska komma till LL nattetid, finns en risk att det blir svårt för patienten att veta vilken patientkategori man tillhör och vilken akut man ska vända sig till. Här finns även en patientsäkerhetsrisk i att en svårt sjuk patient kan bli felaktigt hänvisad.

#### *Arbetsätt och -flöde*

För hemsjukvården och serviceresor behöver det vara tydligt vart de ska vända sig. Vid otydliga rutiner och arbetsätt finns risk att det blir missförstånd eller att de inte vet var de ska vända sig.

Scenariot innebär olika arbetsätt på olika tider under dygnet. Det kan vara svårt att vid ankomst bestämma klinik, där samma akuta symtom kan vara en kirurgisk eller medicinsk åkomma.

### **Ambulansverksamheten**

Ambulansverksamheten bedöms påverkas marginellt om vissa medicinpatienter kan hanteras nattetid i Ljungby. Då det främst berör de sköraste äldre krävs likväl förstärkt ambulansresurs i nivå med scenario 1. Ambulansverksamhetens bedömning av antalet patienter som kan inkluderas i ett spår för direktinläggning på medicinkliniken uppskattas till mindre än en patient per natt. Vidare utredning krävs i samverkan med medicinkliniken.

Ur ett medarbetarperspektiv är bedömningen att det sannolikt skulle vara uppskattat att kunna ge den sköra äldre patienten ett alternativt flöde än den ”vanliga” för patienter i behov av sjukhusvård. För att få flödet att fungera krävs att rutiner, flödesschema och beslutsstöd arbetas fram så det blir tydligt

vilka patienter som då kan hanteras vid LL. Ur ett patientperspektiv bedöms det som positivt för målgruppen vid västra länsdelen att kunna vårdas vid "hemsjukhuset". Dock behöver riskanalys göras för att minimera risken att "fel" patienter transporteras till LL och på så vis får fördröjd vård. Ett akutflöde för direktinläggning på medicinkliniken är avhängt att det finns tillgång till kompetens för akut omhändertagande dygnet runt på LL.

### **Bild- och funktionsmedicin (BFM)**

Alternativet innebär att röntgen behöver samma verksamhet som idag.

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

### **Akutkliniken**

Förutom de punkter som anges under scenario 1 tillkommer nedan.

#### *Medarbetare*

För CLV innebär scenariot ett ökat antal medarbetare dygnet runt. Att kompetensen samlas till ett sjukhus bidrar också till kompetenshöjning samt att det är stimulerande att ta emot fler svårt sjuka patienter, något som kan ses som attraktivt ur ett medarbetarperspektiv. Samtidigt kan det bli utmanande med rekryteringen. Personal som idag arbetar på LL kommer inte automatiskt följa med till CLV, vilket kan bero på bl.a. avstånd till arbetsplatsen.

#### *Patienter*

För invånare i västra länsdelen medför en stängd akut dygnet runt på LL sämre tillgänglighet vid akut sjukdom, likväl som det medför långa avstånd. Samtidigt blir det tydligt för invånaren vart den ska vända sig när det bara finns en akut i länet.

#### *Arbetsätt- och flöde*

Ett utökat uppdrag på CLV kräver större lokaler och mer bemanning. Så som akutmottagningen är utformad idag finns inte utrymme för att ta emot ett ökat inflöde som blir om LL:s akut stängs helt. Om scenario 3 blir aktuellt kommer det behöva föregås av ett investeringsbeslut för ombyggnation av akutmottagningens lokaler. Likaså kommer de kräva striktare gränsdragning mot primärvårdspatienter för att kunna hantera de patienter som verkligen är i behov av akut vård.

### **Ambulansverksamheten**

Ett scenario med stängd akut och intensivvård, dygnet runt vid LL är det scenario som bedöms få i särklass störst påverkan på ambulansverksamheten. Antalet ambulansuppdrag med patient som istället kommer lämnas av vid akutmottagningen CLV uppskattas till 3 600 patienter under ett år. Detta medför för ambulansverksamheten förlängd uppdragstid med 11 h/dygn enbart i transporttid till CLV. Till detta bedöms transporter mellan sjukhusen i länet också öka påtagligt för att effektivt nyttja vårdplatser både på LL och CLV. Detta skulle då innebära ytterligare ökad uppdragstid för ambulans med 11 h/dygn. Sammantaget är en sådan ökning av uppdragstid ej möjlig att klara i

ambulansverksamheten utan resursförstärkning dygnet runt, alla dagar i veckan.

Ett antal uppdrag med livshotande tillstånd förväntas transporteras till närmsta akutsjukhus, för Ljungby och Markaryds kommuner då företräddelsevis till Värnamo och Halmstad. Erfarenheterna från sommaren 2024 och stängning av akutmottagningen LL visar på att det rör sig om enstaka patienter men då de flesta patienter, även med livshotande tillstånd, hanteras under dagtid förväntas nivån öka, dock fortsatt ett fåtal patienter per vecka.

#### *Ekonomi*

En konsekvensanalys med simulering behöver göras för att uppskatta behovet av förstärkning av resurser i ambulansverksamheten. Förstärkningen medför utökade tjänster och således utökad budget. Det kan också bli aktuellt med alternativ resurs vilket föranleder investeringsbeslut om alternativt fordon.

#### *Medarbetare*

Sannolikt kommer förändringen medföra oro och irritation hos delar av medarbetargruppen då det i vissa områden kommer vara lång transporttid av kritiskt sjuka patienter. Det kan finnas en risk att medarbetare inte tilltalas av att arbeta i verksamheten efter förändringen. Det finns också en risk för ökad etisk stress då medarbetare väger in resursläget i beslut om patient är i behov av transport till sjukhus eller ej vilket också kan vara en patientsäkerhetsrisk.

Belastningen på akutmottagningen CLV kommer att öka. Nuvarande personal och lokaler bedöms inte räcka till. Under sommaren 2024 medförde den låga bemanningen på akutmottagningen att ambulansen fick vårda patienter längre tid på akutmottagningen. Samtliga uppdrag med avlämning CLV fick en förlängd uppdragstid med 10 minuter i median, vilket ger en undanträngningseffekt för nästa larm. Medarbetarna beskrev en etisk stress när de inte kunde lämna av patienter samtidigt som larmcentralen behövde få ut resurserna på nya akuta uppdrag. Således behöver flöden och lokaler på akutmottagningen på CLV förbättras för att kunna ge god och säker vård. Samtidigt bidrar effektiva flöden på akutmottagningen till ökad tillgänglighet av ambulansresurser.

#### *Patient*

Ur ett nationellt perspektiv är det inte ovanligt med en transportsträcka på 5-6 mil till närmsta akutsjukhus. Region Kronobergs ambulanssjukvård har med kompetens och utrustning goda förutsättningar att klara omställningen. De yttersta områdena av Kronoberg, tex. Markaryd får cirka 11 mil till akutsjukhus inom länet vilket bedöms som tämligen lång transportsträcka för att vara i södra Sverige. Region Kronoberg behöver stärka samarbetet med kringliggande regioner, i första hand för de urakuta tillstånd där tid till sjukhusvård är avgörande. Vårt att belysa i sammanhanget är även akuta fall där tidsaspekten inte är fullt så avgörande men där transport till annat sjukhus medför effektivt nyttjande av Kronobergs resurser.

Sammantaget bedöms inget av scenarierna vara hanterbart för ambulansverksamheten med nuvarande ordinarie nivå av resurser. Resursförstärkning krävs för bibehållen tillgänglighet och patientsäkerhet i västra länsdelen.

#### **Bild- och funktionsmedicin (BFM)**

Alternativet bedöms innebära att verksamheten sparar en del sjukskötersketid i schema som idag används helg och natt på LL. Det innebär att BFM kan utöka den elektiva verksamheten dagtid, men det kommer också innebära ett ökat behov av bemanning på CLV för att klara akutflödet. Bedöms vara en klar besparing för verksamheten.

# Omvärldsbevakning

## Akutflödet

I Danmark har Sundhetsstyrelsen bedömt att befolkningsunderlaget bör vara 200 000 – 400 000 personer/akutsjukhus för att uppnå tillräcklig patientvolym för att säkerställa hög kvalitet på den sjukvård som bedrivs. I England har *the Royal College of Surgeons* bedömt att befolkningsunderlaget per akutsjukhus bör vara minst 300 000 personer. Både England och Danmark har dock andra förutsättningar än Sverige när det gäller befolkningstäthet och avstånd.<sup>26</sup> Enligt statistik från SCB var befolkningsmängden i Kronobergs län 203 686 år 2023.<sup>27</sup> Om blickens riktas mot den framtida befolkningen i Sverige är beräkningen att det år 2040 kommer bo 208 000 personer i Kronobergs län. Det är drygt 2 % fler än år 2023. Motsvarande beräkningar för Hallands län är 370 000 personer (7 % fler än år 2023), Kalmar län 243 000 personer (1,5 % färre än år 2023). Jönköpings län 378 000 personer (2,4 % fler än år 2023) och Blekinge län 151 000 personer (5 % färre än år 2023).<sup>28</sup>

Befolkningsunderlaget kan ställas i relation till antal sjukhus med akutmottagningar inom respektive region. I Region Halland finns två sjukhus med akutmottagningar. Akutmottagningarna är öppna dygnet runt, men det är vissa skillnader mellan akuterna vad gäller vilka patienter som tas emot. Region Kalmar län har tre sjukhus med akutmottagningar. Samtliga är öppna dygnet runt, men akutmottagningen på Oskarshamns sjukhus tar enbart emot medicinska patienter. Detta beskrivs närmre under kapitlet Region Kalmar län. Inom Region Jönköpings län finns tre akutkliniker som bedriver verksamhet på varsin akutmottagning. Dessa finns på sjukhusen i Eksjö, Jönköping och Värnamo. Akutmottagningarna är öppna dygnet runt. I Region Blekinge finns en akutmottagning på Blekingesjukhuset i Karlskrona. I Karlshamn finns istället en akutavdelning. Detta beskrivs närmre under kapitlet Region Blekinge. Viktigt att beakta är dock att regionerna som figurerar exempel här har geografiska skillnader som påverkar förutsättningar utifrån storlek på vägnät och avstånd till geografisk utbredning.

## En akut bild av Sverige - Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys publicerade 2018 en kartläggning om akutsjukvården med fokus på hur den organiseras på akutsjukhus. Sammanfattningsvis konstaterar myndigheten att det saknas en enhetlig definition av begreppen akutsjukhus och akutmottagning.

Resultatet av kartläggningen sammanfattas i sex övergripande slutsatser:

- Beskrivningen av akutsjukhusens uppdrag är bristfällig.
- Akutsjukhusen behöver bred kompetens dygnet runt.

---

<sup>26</sup> Vårdanalys (2018).

<sup>27</sup> SCB. (2024). Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december och befolkningsförändringar 2023.

<sup>28</sup> SCB (2024). Den framtida befolkningen i Sveriges län och kommuner 2024–2040.

- Varierad kompetens och erfarenhet hos läkarna skapar utmaningar.
- Akutsjukvården är till viss del nivåstrukturerad.
- Landstingens skilda förutsättningar påverkar akutsjukvården.
- Brister i hälso- och sjukvårdssystemet synliggörs på akutsjukhusens akutmottagningar.

En av rekommendationerna som kartläggningen mynnar ut i är att regionerna behöver säkerställa kompetensnivån på akutmottagningarna. För att kunna möta patienter med olika sjukdomstillstånd och allvarlighetsgrad krävs bred kunskap och erfarenhet bland de som arbetar på akutmottagningarna. Läkare på en akutmottagning förväntas exempelvis utifrån en ibland likartad symtombild genomföra prioriteringar mellan svårare och lindrigare tillstånd.

### **Region Kalmar län**

Region Kalmar län har ett pågående arbete där de bland annat gjort en utredning av akuta vårdprocesser och elektiva processer. Akutmottagningen i Oskarshamn är begränsad, dels till att enbart ta emot medicinska patienter, dels begränsad utifrån varierande kompetens och erfarenhet i bemanning.

Utredningen som genomförts visar att detta skapar osäkerhet och utgör en patientsäkerhetsrisk. Utifrån flera perspektiv såsom flöde, vårdkvalitet, patientsäkerhet och kostnad, bedöms det av utredningen att det finns fog att avveckla medicinakutmottagningen i Oskarshamn och istället utveckla sjukhusets verksamhet i ett nära vård-perspektiv. 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 Blekinge**

Akutavdelningen (AKA) i Karlshamn har sedan 2017 ingen öppen mottagning dit invånarna kan åka direkt. Till AKA kommer endast medicin- och infektionspatienter med ambulans, via bedömningsbil eller remiss från vårdcentral eller mottagning på sjukhuset. Regionen har också en akutmottagning i Karlskrona som är öppen dygnet runt.

### **Region Skåne**

Ett arbete med att förändra målgrupp och öppettider för akutmottagningarna inom regionen 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 sjukhusen. För Hässleholms sjukhus resulterade beslutet i en akutmottagning dagtid för medicinpatienter. Kirurgi och urologi flyttades till andra sjukhus.

I Region Skåne behandlas på regionfullmäktige den 4 november 2024 ett ärende om instiftande av en ny vårdnivå som kallas ”Nära vård-enheter”. Av underlaget framgår att dessa enheter ska kunna möta skåningarnas akuta vårdbehov då specialiserad akutvård inte krävs men vårdcentralen inte har öppet. Enheterna kommer ha omfattande öppettider och ersätter dagens

kvälls- och helgöppna vårdcentraler. Ingången till den nya vårdnivån ska främst vara tidbokning via 1177.<sup>29</sup> Av en artikel i Dagens Medicin framgår att förslaget fått kritik från professionen.<sup>30</sup>

### **Region Jönköping**

Slutsatser som Region Jönköping drar utifrån sitt arbete med att förbättra akutflödet är att mycket handlar om att börja prata med varandra mellan både verksamhetsområden och kliniker för att hitta delar i patientflödet där samarbetet inte fungerar. Det är av vikt med planer för när det är högt inflöde på akutmottagningen och för hur både ankomst- och inläggningsprocessen kan förbättras för patienten. Region Jönköping har arbetat mycket med bättre tillgång till beslutsfattande läkarkompetens och att ha korta tider till triagering, vilket gett positivt resultat för flödet och väntetider.

### **Samlokalisering**

I Sverige har flera regioner och sjukhus tagit steg för att samlokalisera jourläkarcentraler och akutmottagningar samt effektivisera patientflödet genom att använda 1177 som huvudingång. Vidare ges ett antal exempel på regioner som infört närakut. Observera att närakut inte är detsamma som Region Kronobergs jourläkarcentraler utan kan förklaras som en förstärkt jourläkarcentral och kan definieras som en ny vårdnivå mellan primärvård och akutvård. Nedan följer några exempel på såväl samlokalisering som närakut.

### **Region Stockholm**

Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge har utvecklat Närakuten Huddinge, som är samlokaliserad med sjukhusets akutmottagning. Detta gör det möjligt för patienter med mindre akuta tillstånd att snabbt få vård utan att belasta akutmottagningen. Södersjukhuset har också en närakut som arbetar i nära samarbete med sjukhusets akutmottagning för att styra om patienter till rätt vårdnivå.

### **Västra Götalandsregionen**

Sahlgrenska Universitetssjukhuset har infört en liknande modell där deras akutmottagning och jourläkarcentraler är integrerade för att förbättra patientflödet. Där har man implementerat en modell där lättakuta patienter först bedöms vid en jourläkarcentral som är integrerad med akutmottagningen. Syftet med denna modell är att minska belastningen på akutmottagningen genom att snabbt kunna dirigera patienter med mindre akuta besvär till rätt vårdnivå. De använder också digitala lösningar för att underlätta triage och patientstyrning via 1177.

### **Region Skåne**

Malmö och Lund har båda utvecklat närakuter som fungerar i nära samarbete med sjukhusens akutmottagningar. Här används också 1177 aktivt för att styra patienter till rätt vårdnivå.

---

<sup>29</sup> Region Skåne, 2024-11-04.

<sup>30</sup> Dagens Medicin, 2024-10-24.



### **Region Uppsala**

Akademiska sjukhuset har implementerat ett system där jourläkarcentralen och akutmottagningen är samlokaliserade, vilket underlättar snabb omdirigering av patienter från akutmottagningen till jourläkarcentralen vid behov.

### **Region Jämtland/Härjedalen**

Ett annat exempel är från Östersund, där en liknande integrerad modell har använts. En studie publicerad i Läkartidningen 2014 visade att samlokalisering av en jourläkarcentral med akutmottagningen vid Östersunds sjukhus resulterade i kortare väntetider och ökad patientnöjdhet.

### **Region Halland**

Under sommaren 2024 pågick ett projekt rörande vårdcentralsakuter på två akutmottagningar i Region Halland. Projektet innebar att primärvårdsläkare fanns på akutmottagningarna i syfte att avlasta från s.k. primärvårdspatienter. Syftet var också att få en bättre förståelse för de patienter som skulle kunna söka vård på sin vårdcentral, men väljer att uppsöka akutmottagningen istället.

Enligt en utvärdering av projektet har akutmottagningarna blivit avlastade i enlighet med projektets syfte och projektgruppen är överens om att framtida liknande mottagning skulle förbättra och skapa mer jämlik vård för invånarna, likväl som att akutmottagningarna skulle avlastas och kunna fokusera på sin kärnverksamhet. Enligt utvärderingen bedöms det även ha varit resurssmart att dela lokaler och utrustning.<sup>31</sup>

Även internationellt finns flera exempel. Nedan ges exempel från Danmark, Norge, Finland, Storbritannien och Australien.

### **Danmark**

Danmark har implementerat flera "Akutklinikker" eller "Lægevagten" (jourcentraler), som fungerar i nära samarbete med sjukhusens akutmottagningar. Jourcentralerna är dygnsöppna och jourläkarna är till största del specialister i allmänmedicin. Ett exempel är Rigshospitalet i Köpenhamn, där patienter med mindre akuta tillstånd kan hänvisas från akutmottagningen till en samlokaliserad akutklinik. Försättningsvis krävs att man som patient blivit bedömd/remitterad av en läkare för att komma till akutmottagningen.<sup>32</sup> Observera att Danmarks lægevagten har en högre vårdnivå än Region Kronobergs JLC. Detta gäller även för exemplen nedan.

### **Norge**

Norge har utvecklat flera "Legevakt"-tjänster, vilket är jourcentraler som erbjuder akutvård utanför sjukhusens akutmottagningar. Dessa centra är ofta integrerade med lokala vårdcentraler och har utökade öppettider för att hantera både akuta och icke-akuta fall. Till exempel i Oslo har man arbetat med att förbättra samarbetet mellan Legevakten och sjukhusens akutmottagningar för att effektivisera patientflödet och minska väntetider.

---

<sup>31</sup> Region Halland. 2024.

<sup>32</sup> Forum för Health Policy, 2021

### **Finland**

I Finland finns konceptet "Yhteispäivystys", vilket innebär gemensamma jourcentraler som hanterar både allmänmedicinska och specialiserade akutfall. Dessa centra är ofta kopplade till stora sjukhus och fungerar som en primär vårdnivå för akuta patienter, vilket avlastar sjukhusets resurser. Ett exempel är Helsingfors universitetssjukhus, där ett Yhteispäivystys har etablerats för att hantera både medicinska och kirurgiska akutfall på en och samma plats.

### **Storbritannien**

NHS i England har utvecklat modellen "Urgent Treatment Centre" (UTC), som liknar Sveriges Närakuter. Dessa center är utformade för att behandla akuta, men inte livshotande, tillstånd och är ofta samlokaliserade med sjukhus. De arbetar också nära med NHS 111, som kan jämföras med Sveriges 1177, för att vägleda patienter till den mest lämpliga vårdinstansen. UTC är öppna minst 12 timmar per dag, alla dagar i veckan. De erbjuder en rad tjänster inklusive behandling av mindre skador som sår och frakturer, behandling av infektioner och akuta sjukdomar som inte kräver vård på en akutmottagning.

### **Australien**

Flera delstater i Australien har implementerat "GP Super Clinics," som fungerar som integrerade nav för primärvård och akuttjänster. Dessa kliniker har utökade öppettider och är utrustade för att hantera en rad akuta vårdbehov, vilket minskar trycket på sjukhusens akutmottagningar.