

# EN FRAMTID FÖR LASARETTET LUNGBY

Slutrapport  
6 mars 2025

LUMELL ASSOCIATES

Scheelegatan 19

112 28 Stockholm

6 mars 2025

# SAMMANFATTNING

Sjukhusvårdens ledning i Region Kronoberg föreslog i maj 2024 att Centrallasarettet Växjö ska bli regionens akutsjukhus och att Lasarettet Ljungby ska renodlas till elektiv verksamhet. I regionens fortsatta utredningar av sjukhusvården i Kronoberg saknas en utredning som innebär en utveckling av Lasarettet Ljungby som en självständig verksamhet med både intensivvård och akutmottagning.

Mot denna bakgrund beslutade företrädare för näringslivet i Västra Kronoberg att tillsätta en egen utredning. Målet med utredningen är ta fram ett förslag på en möjlig utformning av Lasarettet Ljungby med fortsatt akut- och intensivvårdsverksamhet. För genomförande av utredningen valdes Lumell Associates AB.

## Metod och genomförande

Utredningen baseras på analyser av rapporter, litteratur, offentlig statistik samt data från Region Kronoberg. Analyserna har kompletterats med intervjuer och workshops med nuvarande och tidigare medarbetare vid Lasarettet Ljungby, representanter från Sjukhusvårdens ledning i Region Kronoberg, företrädare för andra mindre sjukhus i Sverige, samt experter och kliniskt verksamma utanför Region Kronoberg. Totalt intervjuades 39 personer under januari – februari 2025.

## Utredningens förslag: Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset

- ▶ **En självständig verksamhet inom Region Kronobergs hälso- och sjukvårdsförvaltning:** Lasarettet Ljungby drivs som ett självständigt område inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Kronoberg. Med en egen sjukhusledning och fullt operativt och strategiskt beslutsmandat har Lasarettet Ljungby förutsättningar att snabbt anpassa sig efter lokala behov och driva utvecklingen utifrån sjukhusets unika förutsättningar.
- ▶ **Ansvar för akutvård och vanliga vårdbehov i västra Kronoberg:** Lasarettet Ljungby ges ett tydligt vårduppdrag med fokus på att erbjuda akutvård dygnet runt samt tillgänglig och effektiv vård för vanligt förekommande tillstånd som kräver frekvent sjukhusvård. Sjukhuset kompletterar Centrallasarettet Växjö genom att hantera bred internmedicin, kirurgi, ortopedi och akutvård samt stabilisering av akuta fall innan vidare transport vid behov av högspecialiserad vård.
- ▶ **Ett familjärt akutsjukhus med bred generalistkompetens:** Lasarettet Ljungby är ett mindre sjukhus med en stark gemenskap och ett inkluderande arbetsklimat. Här ges medarbetarna stora möjligheter att utvecklas som generalister inom både öppen-, sluten- och akutsjukvård, i en miljö som kännetecknas av närvarande ledarskap och nära samarbete mellan olika yrkesroller.

## Överväganden i utformning av förslaget

Förslaget "Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset, med närvarande ledarskap och stora möjligheter att utvecklas som generalist" har utvecklats i dialog med tidigare och nuvarande medarbetare vid Lasarettet Ljungby. Inspiration har hämtats från andra verksamheter med liknande förutsättningar. Utformningen utgår ifrån sju övergripande överväganden:

- En bibehållen akutverksamhet vid Lasarettet Ljungby kommer med flera fördelar.
- Intensivvård är en förutsättning för att kunna bedriva akutvård och kirurgi bortom standardiserade interventioner.
- En dygnet-runt öppen akut är viktig för patientsäkerheten och fördelarna med att stänga akuten nattetid är begränsade.
- Ett akutläkarsystem skulle kunna möjliggöra ett mer effektivt resursnyttjande.
- Reducerade öppettider för akutkirurgi skulle kunna frigöra resurser.
- Ett självständigt sjukhusområde möjliggör ett effektivt och närvarande ledarskap.
- En familjär profil med möjligheter att bli generalist är både vad lasarettet behöver och det medarbetarna vill se.

## Förslaget förväntas enbart ha en mindre ekonomisk påverkan på regionen

Vissa delar i förslaget innebär ökat bemanningsbehov – närvarande ledarskap, ambulansen och intermediärvård – medan förslagen om akutkirurgi och akutläkarsystem förväntas minska bemanningsbehovet. Totalt förväntas förslaget innebära öka antalet helårsarbeten i Ljungby med 3 personer eller 0,7 procent jämfört med nuvarande budgeterat antal.

## Det går att driva små akutsjukhus i Sverige

Att bedriva en resurseffektiv vård av god kvalitet vid ett litet sjukhus är möjligt. Det finns goda exempel från andra svenska sjukhus som har lyckats med detta. I målbilden för förslaget i denna utredning organiseras sjukhuset som ett eget område inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen, med en akutmottagning drivet utifrån ett akutläkarsystem. Detta upplägg uppfattas fungera väl vid sjukhuset i Torsby (som bedrivs som ett eget område) samt i Region Norrbotten (som nyttjar akutläkarsystem).

## Regionens tidigare förslag för Lasarettet Ljungby

Utredningens förslag ska ställas emot de alternativ som regionen tidigare tagit fram. I de utredningar som offentliggjorts finns det två huvudsakliga förslag som regionen överväger:

1. Renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet
2. Stäng intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid

Denna utredning visar att utgångspunkterna för förslaget om att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet har flera brister. Dessa inkluderar att:

- Faktiska resultat går i motsatt riktning till den prognos som förslaget utgår ifrån.
- Presentationen av prognosen för regionstyrelsen ger en felaktig bild av framtidsutmaningens storlek.

- Prognosen är gjord utifrån en felaktig tolkning av hälso- och sjukvårdslagen.
- Det befolkningsunderlag som krävs för ett akutsjukhus är sannolikt överskattad.
- Underlagen ger en missvisande beskrivning av riktlinjer för svensk intensivvård.

Förslaget att renodla Lasarettet Ljungby till enbart elektiv vård beskrivs i regionens utredningar ge flera positiva effekter. De analyser som gjorts i denna utredning talar för att förslaget om renodling sannolikt inte kommer att få önskade effekter. Denna bedömning motiveras bland annat av:

- Risk för att produktiviteten inte kommer att öka vid en renodling.
- Risk för försämrad vårdkvalitet och tillgänglighet.
- Risk för ökad belastning och försämrad vårdkvalitet vid Centrallasarettet Växjö.
- Risk för negativa effekter på kompetensförsörjning.
- Risker kopplade till beredskap.

Något som ytterligare talar emot förslaget om renodling till elektiv vård är att detta förslag saknar politisk förankring.

Regionen har i sina fortsatta utredningar haft som ett av sina scenarier att akutmottagningen i Ljungby ska stängas nattetid. Likt regionens övriga scenarier utgår även detta scenario från att intensivvården i Ljungby stängs permanent.

En nedstängning av akutmottagningen nattetid skulle sannolikt inte leda till några större resursbesparingar. Lasarettet Ljungby kommer även fortsatt behöva ha akutberedskap, bildiagnostik och provtagning nattetid för att kunna upprätthålla en patientsäker slutenvård. Dessutom skulle en nedstängning nattetid förutsätta att ambulansverksamheten förstärks för att kunna hantera de patienter som annars hade sökt sig till akuten.

Ett beslut om att avveckla intensivvårdsavdelningen (IVA) och stänga akutmottagningen nattetid skulle vara en fortsättning på en längre utveckling av gradvis nedmontering av Lasarettet Ljungby. Sedan år 2007 har verksamheten stegvis reducerats, vilket beskrivs ha påverkat vårdkvaliteten, arbetsmiljön och invånarnas tillgång till vård. Även om varje enskilt beslut har motiverats av specifika omständigheter, såsom personalbrist eller ekonomiska besparingar, och ibland positionerats som tillfälliga, följer de ett mönster som kan ses inför andra nedläggningar av akutsjukhus i Sverige.

### **Regionen behöver besluta om den långsiktiga inriktningen för Lasarettet Ljungby**

Lasarettet Ljungby saknar idag mål, inriktning, uppdrag och uppföljning. Detta skapar negativa konsekvenser för sjukhuset och dess medarbetare. Det är även tydligt från alla de intervjuer som gjort med såväl regionledning som nuvarande och före detta medarbetare att den sjukhusstruktur som finns idag i Kronoberg behöver förändras. Frågan blir i vilken riktning.

Alla förslag på en framtida utformning av sjukhusstrukturen i Kronoberg kommer att innehålla osäkerheter. Det går samtidigt att tydliggöra vilka argument och förhoppningar som man särskilt behöver tro på för att motivera ett beslut i den ena eller andra riktningen.

Argument och förhoppningar som man särskilt behöver tro på för att motivera ett beslut om en långsiktig inriktning för Lasarettet Ljungby innebärande:	
<p><b>”En allt mindre akut del av Sjukhuset i Kronoberg”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Att förslaget inte kommer att leda till en förstärkt negativ spiral för Lasarettet Ljungby som innebär att sjukhuset på sikt behöver stängas.</li> <li>▶ Att regionen kommer klara sin beredskap för kris och krig även med enbart ett akutsjukhus.</li> <li>▶ Att regionen kommer kunna nyttja tillräcklig kapacitet i andra regioner för att patienter med allvarliga akuta behov ska få vård i tid.</li> <li>▶ Att patientsäkerhet och tillgänglighet kommer att öka mer genom en koncentration av vården än vad den kommer att minska till följd av ökade avstånd.</li> <li>▶ Att det kommer behövas mindre vårdpersonal för att bemanna ett större sjukhus än två mindre sjukhus.</li> <li>▶ Att eventuella produktivitetsvinster kommer överstiga ökade kostnader för bl.a. uppskalning av Centrallasarettet Växjö, ambulans, äldreomsorg, hemsjukvård, utomlänsvård etc.</li> </ul>	<p><b>”Det familjära mindre akutsjukhuset”</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Att sjukhusövergripande samarbete kommer att kunna fungera väl mellan självständiga sjukhusområden.</li> <li>▶ Att det kommer vara möjligt att kortsiktigt rekrytera intensivvårdssjuksköterskor, och att tillhandahålla intermediärvård kan vara en del av den långsiktiga kompetensförsörjningen av IVA.</li> <li>▶ Att det kommer vara möjligt att rekrytera akutläkare för att bemanna en akutmottagning dygnet runt och att etablera en välfungerade integrerad BT/ST i akutmedicin.</li> <li>▶ Att det kommer vara möjligt att koncentrera vissa elektiva uppdrag till bara ett av de två sjukhusen.</li> <li>▶ Att en ny lokal ledning kommer att kunna skapa den framtidstro och engagemang bland medarbetare som krävs för att vända den negativa spiralen.</li> </ul>

Oavsett vilket alternativ som politiken beslutar om för Lasarettet Ljungby så kommer beslutet inte att lösa Regions Kronobergs långsiktiga utmaningar rörande ekonomi, kompetensförsörjning och tillgänglighet. Regionen behöver efter beslutet om den långsiktiga inriktningen för sjukhusstrukturen gå vidare och genomföra annat nödvändigt utvecklingsarbete i hela hälso- och sjukvårdssystemet som fått stå tillbaka för frågan om regionens sjukhusstruktur.

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> .....	<b>8</b>
Näringslivets utredning .....	8
Metod och genomförande .....	8
<b>2 Utredningens förslag: Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset</b> .....	<b>11</b>
Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset .....	12
Lasarettet Ljungby – ansvar för akutvård och vanliga vårdbehov i västra Kronoberg .....	12
Lasarettet Ljungby – ett självständigt område inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen .....	13
Områdesindelning och nivåstrukturering för sjukhusvården i Region Kronoberg .....	15
Genomförande .....	16
Förslaget förväntas enbart ha en mindre ekonomisk påverkan på regionen.....	18
Går det att driva små akutsjukhus i Sverige?.....	22
Sjukhuset Torsby bedriver en resurseffektiv vård i liten skala .....	22
I Norrbotten används akutläkarsystem vid regionens samtliga mindre sjukhus .....	24
Överväganden i utformning av förslaget .....	25
En bibehållen akutverksamhet vid Lasarettet Ljungby kommer med flera fördelar .....	25
Intensivvård är en förutsättning för att kunna bedriva akutvård och kirurgi bortom standardiserade interventioner.....	26
En dygnet-runt öppen akut är viktig för patientsäkerheten och fördelarna med att stänga akuten nattetid är begränsade.....	27
Ett akutläkarsystem skulle kunna möjliggöra ett mer effektivt resursnyttjande .....	28
Reducerade öppettider för akutkirurgi skulle kunna frigöra resurser.....	29
Ett självständigt sjukhusområde möjliggör ett effektivt och närvarande ledarskap .....	29
En familjär profil med möjligheter att bli generalist är både vad lasarettet behöver och det medarbetarna vill se .....	30
<b>3 Regionens tidigare förslag för Lasarettet Ljungby</b> .....	<b>33</b>
Regionförslag 1: Renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet.....	34
Utgångspunkterna för förslaget om renodling har flera brister.....	34
Förslaget att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv vård kommer sannolikt inte få önskad effekt .....	43
Förslaget om renodling följer det mönster där nedläggning av ett mindre sjukhus görs med förhoppning om förbättringar som sedan inte uppnås i praktiken .....	51
Inriktningen Lasarettet Ljungby som renodlad elektiv verksamhet saknar politisk förankring.....	52

Regionförslag 2: Stäng intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid .....	53
Förslaget har flera risker och kommer sannolikt inte leda till större resursbesparingar ...	53
En nedskärning av akut- och intensivvårdsverksamhet skulle uppfattas som en fortsättning på en succesiv nedmontering av Lasarettet Ljungby .....	54
Att stänga intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid går i linje med det mönster som brukar ses vid sjukhusnedläggningar .....	55
<b>4 Regionen behöver besluta om den långsiktiga inriktningen för Lasarettet Ljungby .....</b>	<b>59</b>
Lasarettet Ljungby saknar mål, inriktning, uppdrag och uppföljning.....	59
Regionen behöver besluta om den långsiktiga inriktningen för Lasarettet Ljungby.....	60
I valet av inriktning behöver den politiken ledningen i Region Kronoberg överväga argument och bedöma risker .....	60
Ett beslut om Lasarettet Ljungby är nödvändigt men löser inte Region Kronobergs långsiktiga utmaningar .....	61
<b>Källförteckning .....</b>	<b>62</b>

# 1

---

## INLEDNING

Regionstyrelsen i Region Kronoberg beslutade i december 2023 (§ 276/2023) att uppdra åt regiondirektören att utreda samplanering av vårdens innehåll på Region Kronobergs sjukhus för att få en helhetsbild över invånarnas framtida sjukvårdsbehov.

I återrapporteringen (1) till regionstyrelsen den 28 maj (§ 130/2024) föreslog Sjukhusvårdens ledning i Region Kronoberg en separering av akuta och elektiva flöden i regionen, där Centrallasarettet Växjö blir regionens akutsjukhus och Lasarettet Ljungby får en ökning av elektiv verksamhet och en tydlig profil med mer specialiserad elektiv vård. I de fortsatta utredningar som regionen genomfört sedan dess saknas en utredning som innebär en utveckling av Lasarettet Ljungby som en självständig verksamhet med både intensivvård och akutmottagning.

### Näringslivets utredning

Mot denna bakgrund beslutade företrädare för näringslivet i västra Kronoberg om att tillsätta en fristående utredning om framtiden för Lasarettet Ljungby. Målet med utredningen är att ta fram ett förslag på en möjlig framtida utformning av Lasarettet Ljungby, med fortsatt akut- och intensivvårdsverksamhet. För genomförande av utredningen valdes Lumell Associates AB.

Utredningen ska fungera som ett kompletterande underlag till övriga utredningar som regionen genomfört inför kommande beslut om framtiden för sjukhusvården i Kronoberg.

Lumells utredningsarbete har genomförts oberoende av utredningens beställare. Beställarna har inte påverkat vilka analyser som gjorts, vilka resultat som presenteras i denna rapport, eller vilka slutsatser som dras i utredningen.

### Metod och genomförande

I genomförandet av utredningen har en kombination av kvalitativa och kvantitativa metoder använts.

## **Intervjuer och workshops**

Totalt har 39 personer intervjuats inom ramen för utredningen under januari – februari 2025. Intervjuer har hållits med nuvarande och tidigare medarbetare vid Lasarettet Ljungby, inklusive chefer, läkare, sjuksköterskor och undersköterskor (totalt 17 stycken). Intervjuer har även hållits med personer i olika funktioner och roller från sjukhusvårdens ledning i Region Kronoberg (totalt sex stycken). I syfte att identifiera möjliga framtida utformningar av Lasarettet Ljungby genomfördes intervjuer med fem representanter från två andra mindre sjukhus med dygnet runt öppna akutmottagningar och intensivvårdsavdelning: sjukhuset Torsby och Piteå sjukhus. För att fördjupa förståelsen för vård med intermediärvård som högsta vårdnivå samt akutläkarsystem intervjuades tre läkare med tidigare eller nuvarande erfarenhet av att arbeta vid andra små svenska sjukhus som är organiserade på detta sätt.

I utveckling av förslaget på möjlig framtida utformning av Lasarettet Ljungby genomfördes två workshops med sex utvalda nuvarande och före detta medarbetare vid Lasarettet Ljungby (läkare, sjuksköterskor och undersköterska). Attraktiviteten för framtida medarbetare i det framtagna förslaget validerades i en workshop med sju läkare verksamma utanför Region Kronoberg samt ytterligare en enskild intervju.

Utöver ovan nämnda intervjuer och workshops utfördes även en workshop med ett tiotal representanter från kommun och näringsliv i västra Kronoberg. Workshopen syftade till att diskutera dessa aktörers möjlighet att bidra till den framtida kompetensförsörjningen av Lasarettet Ljungby.

## **Genomgång av rapporter och litteratur**

En genomgång av rapporter och litteratur utfördes inom ramen för arbetet för områdena: Strategier för kompetensförsörjning; Akutsjukvård och beredskap; Sjukvårdsvolym och resultat; Produktivitet och effektivitet; Patientsäkerhet; Samplanering av sjukvård; Effekter av akutsjukhusnedläggningar i Sverige.

Genomgången utgick i första hand från rapporter från svenska myndigheter och vetenskapliga publikationer. Källor för svenska rapporter inkluderade bland annat Socialstyrelsen, Nationella Vårdkompetensrådet, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), Statens offentliga utredningar (SOU) samt Sveriges Kommuner och Regioner (SKR).

## **Kvantitativ datainsamling**

Kvantitativa data har samlats in från publika källor samt genom ett regionalt datauttag från Region Kronoberg.

De publika källor som använts innefattar data från bland annat SKR, Socialstyrelsen, Svenska Intensivvårdsregistret (SIR), Svenskt Perioperativt Register (SPOR) samt Statistiska Centralbyrån (SCB).

En förfrågan om offentliga handlingar från Region Kronoberg gjordes för följande områden, nedbrutet per klinik, sjukhusort och personalkategori, sedan år 2004: Ekonomi, Personalstatistik, Prehospital, Akut- och intensivvårdsverksamhet, Medarbetarundersökningar samt Rekryteringsaktiviteter och -annonser.

## **KAPITEL 2**

**Utredningens förslag: Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset**

# 2

## UTREDNINGENS FÖRSLAG: LASARETTET LJUNGBY – DET FAMILJÄRA MINDRE AKUTSJUKHUSET

### FÖRSLAGET I KORTHET

- **En självständig verksamhet inom Region Kronobergs hälso- och sjukvårdsförvaltning:** Lasarettet Ljungby drivs som ett självständigt område inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Kronoberg. Med en egen sjukhusledning och fullt operativt och strategiskt beslutsmandat har Lasarettet Ljungby förutsättningar att snabbt anpassa sig efter lokala behov och driva utveckling utifrån sjukhusets unika förutsättningar.
- **Ansvar för akutvård och vanliga vårdbehov i västra Kronoberg:** Lasarettet Ljungby har ett tydligt vårduppdrag med fokus på att erbjuda akutvård dygnet runt samt tillgänglig och effektiv vård för vanligt förekommande tillstånd som kräver frekvent sjukhusvård. Sjukhuset kompletterar Centrallasarettet Växjö genom att hantera bred internmedicin, kirurgi, ortopedi och akutvård samt stabilisering av akuta fall innan vidare transport vid behov av högspecialiserad vård.
- **Ett familjärt akutsjukhus med bred generalistkompetens:** Lasarettet Ljungby är ett mindre sjukhus med en stark gemenskap och ett inkluderande arbetsklimat. Här ges medarbetarna stora möjligheter att utvecklas som generalister inom både öppen-, sluten- och akutsjukvård, i en miljö som kännetecknas av närvarande ledarskap och nära samarbete mellan olika yrkesroller.

## Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset

Målbilden för förslaget är att Lasarettet Ljungby ses som ett familjärt mindre akutsjukhus med närvarande ledarskap och stora möjligheter att utvecklas som generalist. Sjukhuset kännetecknas av:

- **Närvarande ledarskap och korta beslutsvägar** där chefer arbetar verksamhetsnära och är tillgängliga för medarbetarna. Det finns en stor lyhördhet bland cheferna och en organisationsstruktur som möjliggör att nya och flexibla lösningar snabbt kan omsättas från idé till verksamhet. All uppföljning av resultat och arbetssätt sker lokalt på sjukhuset i nära dialog med medarbetare. Verksamheten arbetar aktivt med att utveckla lokalt anpassade arbetssätt och individanpassade lösningar, som främjar trivsel för medarbetarna.
- **En inkluderande arbetsmiljö** med en stark känsla av gemenskap och stolthet för den vård som bedrivs vid sjukhuset. Det finns ett nära samarbete både mellan kliniker och mellan olika yrkesroller inom enskilda enheter. Som medarbetare känner man sina chefer och kollegor på både den egna och närliggande enheter och samarbetet i vårdteamen kan vidareutvecklas löpande då teamsammansättningarna håller hög kontinuitet. Samtliga medarbetare och chefer arbetar utifrån den gemensamma målsättningen att bedriva en så god vård som möjligt för invånare och besökare i västra Kronoberg där resultaten följs upp och diskuteras löpande.
- **En varierad arbetsmiljö med goda möjligheter att utvecklas som generalist** där samtliga medarbetare får möjlighet att handlägga en stor bredd av patienter, oavsett om detta är inom öppen-, sluten- eller akutsjukvård, vilket möjliggör en kontinuerlig utveckling genom hela arbetslivet. Sjukhuset är ledande inom BT-tjänstgöring och en förebild för akutläkarsatsningar. Ett närvarande handledar- och mentorskap genomsyrar arbetsmiljön. Samtidigt finns goda förutsättningar till vidareutveckling även för mer seniora kollegor, genom subspecialisering, fortbildning och organiserade erfarenhetsutbyten i nära samarbete med Centrallasarettet Växjö.

## Lasarettet Ljungby – ansvar för akutvård och vanliga vårdbehov i västra Kronoberg

Till Lasarettet Ljungbys uppdrag hör att ansvara för akutsjukvården för invånare och besökare i västra Kronoberg, samt tillgänglig och effektiv vård för vanligt förekommande tillstånd som kräver frekvent sjukhusvård för invånarna i västra delen av regionen.

Lasarettet Ljungby har däremot inte ansvar för mer högspecialiserad sjukvård eller elektiv vård som inte kräver frekvent behandling för invånarna. Sjukhusets uppdrag omfattar således inte:

- Nationell högspecialiserad vård
- Avancerad akutvård så som omhändertagande av hjärtinfarkt med PCI-indikation, multitrauma och större olycksfall samt större neurokirurgiska fall
- Elektiv vård med låg frekvens (sällanvård)

- Specialiserad vård utanför den breda somatiska verksamheten så som förlossningsvård, psykiatrisk slutenvård och heldygnsvård för barn

## Lasarettet Ljungby – ett självständigt område inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Lasarettet Ljungby föreslås bedrivas som ett självständigt område inom en regiongemensam hälso- och sjukvårdsförvaltning i Region Kronoberg. Förvaltningen svarar i sin tur mot en regiongemensam hälso- och sjukvårdsnämnd, som ansvarar för regionens samlade vårdutbud.

Område Ljungby har en egen sjukhusledning och lokal sjukhuschef med operativt och strategiskt ansvar samt beslutsmandat. Sjukhusledningen består av den lokala sjukhuschefen, en medicinsk chef, en FoUU-chef samt klinikchefer för lasarettets sex kliniker. Sjukhusledningen styr sjukhuset utifrån en egen ekonomisk ram, vars intäkter och kostnader hanteras internt inom sjukhusets organisation. Sjukhuset fördelar självständigt resurser mellan olika kliniker, enheter och funktioner.

Sjukhusledningen har ett stabsråd till sitt förfogande, med lokala chefer för ekonomi, HR, kommunikation, drift och logistik samt IT- och digitalisering. Stabsrådet svarar mot sjukhusledningen för Lasarettet Ljungby och dess funktioner är dedikerade till lasarettet.

Lasarettet Ljungby organiseras i 6 kliniker, med var sin klinikchef:

- Akut och ambulans
- Anestesi och opererande
- Internmedicin
- Diagnostik och laboratoriemedicin
- Psykiatri
- Paramedicin

### Akut och ambulans

Kliniken består av akutmottagning samt ambulansverksamhet.

Akutmottagningen är öppen dygnet runt, veckans alla dagar. Verksamheten är en linjeorganisation med akutläkarsystem. Detta möjliggör en minimibemanning med en specialistläkare med bakjour i hemmet, som handlägger samtliga patienter vid akuten. Även enklare akutvård inom barn och gynekologi kan handläggas av akutläkarna. Akutmottagningen erbjuder en integrerad BT- och ST-tjänstgöring i akutsjukvård, som möjliggör en stabil rekryteringsbas av akutläkare.

Ambulansen i västra Kronoberg tillhör område Ljungby, men har ett nära samarbete med ambulansen i östra Kronoberg. Sjuksköterskor har möjlighet till delad tjänstgöring mellan akut, intensivvård och ambulans. Ambulansen har fyra dygnsbilar i drift, varav två har utgångspunkt i Ljungby, en i Markaryd och en i Älmhult. Under dagtid kompletteras dygnsambulanserna av en dagbil kl. 07:00–16:00 och vardagar finns även en lättvårdsbil kl. 07:00–16:00.

## **Anestesi och opererande**

Kliniken består av operationsenhet, sterilteknisk enhet, perioperativ medicin och intensivvårdsenhet, ortoped- och kirurgavdelningar samt ett antal mottagningsenheter.

Den opererande verksamheten hanterar både akuta och elektiva operationer – inom mag-tarmkirurgi, allmän kirurgi samt urologi. Den opererande verksamheten är öppen kl. 07:00–22:00, veckans alla dagar. Övrig tid skickas patienter i behov av akut kirurgisk intervention till Centrallasarettet Växjö. Den opererande verksamheten har en tillhörande sterilteknisk enhet, vars öppettider förläggs för att svara mot den akutkirurgiska verksamheten.

Inom kliniken ryms även Perioperativ medicin och intensivvård, med pre- och postoperativ vård, samt två intensivvårdsplatser och två intermediärvårdsplatser. Öppettiderna för den pre- och postoperativa vården är förlagda för att möjliggöra operationsförberedelser och uppvakningsvård utifrån den kirurgiska verksamhetens öppettider. Intermediärvårdsplatserna avlastar avdelningarna, exempelvis då patienter är i behov av icke-invasiv ventilatorbehandling (NIV). Intermediärvårdsplatserna bemannas av en allmänsjuksköterska samt undersköterska, med tillräcklig erfarenhet och kompetens för intermediärvård. Hospitering vid intermediärvården erbjuds för samtliga sjuksköterskor, och är för många ett första steg mot en fortsatt vidareutbildning till intensivvårdssköterska. Anestesiläkare finns alltid tillgänglig på sjukhuset, med ansvar för intensiv-, intermediärvård samt pre- och postoperativ vård. Intensivvårdsavdelningen har ett nära samarbete med Centrallasarettet Växjö vad gäller vårdplatser, beredskap och fortbildningsutbyten, för att säkerställa att nödvändig kompetens upprätthålls hos personalen.

Kliniken anestesi och opererande innefattar även en kirurgisk och en ortopedisk vårdavdelning samt mottagningsverksamheter, bland annat inom urologi. Vårdavdelningarna bemannas i team om en specialist och två underläkare. Nattetid finns jour i beredskap.

## **Internmedicin**

Internmedicin innefattar två internmedicinska vårdavdelningar, internmedicinska mottagningsverksamheter samt ett palliativt team.

De två avdelningarna har huvudinriktning stroke respektive kardiologi (inklusive hjärtintensiv, HIA), men hanterar samtliga internmedicinska patienter. Samtliga läkare har därmed en bred bas inom internmedicin. Samtidigt finns tillgänglig kompetens inom lungmedicin, neurologi, endokrinologi, njurmedicin och kardiologi – genom rådgivningsfunktioner i samarbete med Centrallasarettet Växjö samt subspecialister som roterar mellan att bemanna avdelningar och mottagningsverksamhet inom sin spetskompetens. Vårdavdelningarna bemannas i team om en specialist och två underläkare. Nattetid finns jour i beredskap. Mottagningsverksamheterna inkluderar bland annat diabetesmottagning samt hjärtmottagning. Det palliativa teamet agerar stöd till hemsjukvården i vård av svårt sjuka patienter i hemmet.

## **Diagnostik och laboriemedicin**

Diagnostik och laboriemedicin innefattar bild och funktionsmedicin, klinisk kemi samt patologi.

Verksamheten har möjlighet att utföra bilddiagnostik samt provtagning dygnet runt. Bilddiagnostiken innefattar slätröntgen, datortomografi (CT), magnetisk resonanstomografi (MR) och ultraljud. Nattetid används telemedicinsk bildtolkning, varför enheten inte har läkarbemanning nattetid. Nattetid assisterar undersköterskor vid akutmottagningen provtagningen, efter vidareutbildning.

## **Psykiatri**

Kliniken har mottagningsverksamhet på vardagar inom allmänpsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Samtliga patienter med behov av slutenvård remitteras till Centrallasarettet Växjö.

## **Paramedicin**

Kliniken innefattar paramedicinska mottagningsverksamheter, som kuratorsmottagning, logopedmottagning, dietistmottagning och rehabilitering. Klinikens resurser agerar även internkonsulter på lasarettet och roterar mellan klinikerna. Läkare kan även skicka akuta interna remisser till dessa resurser.

## **Områdesindelning och nivåstrukturering för sjukhusvården i Region Kronoberg**

Regionens hälso- och sjukvård styrs av en gemensam sjukhusnämnd, vilket möjliggör en samordnad planering och översyn av det regionala vårdutbudet samt beredskap. Denna process sker genom regelbundna dialoger mellan sjukhusledningarna vid Centrallasarettet Växjö och Lasarettet Ljungby, samt i samverkan med både den regionala tjänstemanna- och politiska ledningen.

Det regionala vårdutbudet ses över kontinuerligt genom de etablerade dialogerna mellan sjukhusledningarna och den regionövergripande ledningen. Detta bidrar till en tydlig nivåstrukturering av vårdutbudet, vilket säkerställer att patienter får rätt vård på rätt nivå och att resurserna inom hälso- och sjukvården används effektivt.

Mellan de två områdena finns ett nära samarbete, och sjukhusledningsmöten sker veckovis för att avhandla samverkansfrågor. Dessa frågor rör bland annat disponibla vårdplatser, för att säkerställa en effektiv och flexibel vårdorganisation. Dessutom samarbetar regionen kring tillgänglig jourkompetens och utbildningstjänster, vilket inkluderar telefonrådgivning inom olika subspecialiteter samt samordning av BT- och ST-placeringar för läkare under utbildning samt verksamhetsförlagd utbildning för samtliga yrkesroller. Utbildningssamarbetet rör även befintlig personal, där exempelvis intensivvårdspersonal vid Lasarettet Ljungby kan hospitera vid Centrallasarettet Växjö några veckor om året för att upprätthålla kompetens.

Tabell 1 Översikt över förslaget målbild för regionalt vårdutbud i Region Kronoberg

Specialitet	Lasarettet Ljungby	Centrallasarettet Växjö
<b>Akutsjukvård</b>	Vanliga akutfall, stabilisering av svåra fall	Vanliga akutfall samt traumaenhet och avancerad akutsjukvård
<b>Intensivvård</b>	Enkel intensivvård – med två intensivvårdsplatser, två intermediärvårdsplatser, samt hjärtintensiv	Enkel och avancerad intensivvård – med fyra intensivvårdsplatser, två medicinska intermediärvårdsplatser, samt hjärtintensiv
<b>Internmedicin</b>	Bred internmedicin – så som öppen- och slutenvård av hjärtsvikt, KOL, stroke, infektioner samt cytostatika i öppenvård	Bred internmedicin – så som öppen- och slutenvård av hjärtsvikt, KOL, stroke, infektioner och cytostatika i öppenvård Specialiserad internmedicin – så som öppen- och slutenvård inom avancerad kardiologi, svåra infektioner samt avancerad cancerterapi
<b>Obstetrik och gynekologi</b>	Enkla fall inom akut gynekologi	Elektiv samt akut gynekologi Högspecialiserad förlossningsvård
<b>Pediatrik</b>	Enklare akutsjukvård hos barn samt stabilisering av akut sjuka barn	Enkel och avancerad akut och elektiv barnsjukvård, i öppen- och slutenvård

## Genomförande

Ovan presenteras ett förslag på målbild för Lasarettet Ljungby som ett självständigt område med en tydlig profil inom akutsjukvård. Omställningen från dagens situation till målbilden ”Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset, med närvarande ledarskap och stora möjligheter att utvecklas som generalist” föreslås genomföras i fyra övergripande steg.

### Steg 1: Kommunikation och förankring

Mot bakgrund av den osäkerhet som råder kring Lasarettet Ljungby finns ett behov att återställa tilltron till sjukhusets framtid, både bland medarbetare och invånare. En tydlig kommunikation kring inriktningen är ett första viktigt steg i att skapa förutsättningar för en fungerande kompetensförsörjning – både på kort och lång sikt.

Kommunikationen bör bland annat innehålla:

- **Att Lasarettet Ljungbys långsiktiga inriktning är som akutsjukhus** – med bibehållen akutmottagning dygnet, återöppnande av intensivvårdsplatser, samt en utökning med två intermediärvårdsplatser.
- **Att kliniker och områden ska separeras** – där Lasarettet Ljungby etableras som ett självständigt område med start 1 januari 2026.
- **Att en ny självständig sjukhusledning för Lasarettet Ljungby ska tillsättas snarast** – där en ny ledning för lasarettet ska rekryteras och vara på plats senast 1 augusti 2025. Denna ledning får i uppdrag att utforma den nya verksamheten i Ljungby utifrån den fastställda målbilden.

## **Steg 2: Tillsättande av nyckelchefer och etablering av sjukhusledning**

Utifrån den utbredda upplevelsen av bristen på lokalt ledarskap vid lasarettet, och behovet att utforma en ny lokal organisation behöver en stabil ledning utformas. Detta innebär en uppbyggnad av den nya sjukhusledningen med tillhörande stabsråd.

Arbetet innebär tillsättning av totalt 14 chefer inklusive rollen som områdeschef. Befintlig biträdande sjukhuschef med placering i Ljungby skulle kunna tillträda rollen som områdeschef och ges i uppdrag att, med stöd av utsedd HR-resurs vid regionen, tillsätta dessa roller.

Till sjukhusledningen i Ljungby krävs rekrytering av en medicinsk chef, en FoUU-chef samt tillsättning av klinikchefer för lasarettets sex kliniker. Till stabsrådet krävs fem ytterligare chefer – med kompetens inom ekonomi, HR, kommunikation, drift och logistik samt IT- och digitalisering.

Målsättningen bör vara att rollerna i sjukhusledningen är tillsatta senast 1 augusti 2025.

## **Steg 3: Detaljering av organisation**

Det är centralt att den detaljerade organisationen utformas lokalt av chefer i verksamheten, i nära dialog med befintliga medarbetare samt sjukhusledningen i Växjö. Detta för att organisationen ska utformas utifrån verksamhetens förutsättningar, och för att skapa tilltro till och en känsla av ägarskap för organisationen hos medarbetare och chefer. Genom att cheferna är involverade i utvecklingen av organisationen skapas också goda förutsättningar för långsiktig vidareutveckling utifrån god verksamhetskänedom.

Den nya chefsgruppen ges mot denna bakgrund som inledande uppdrag att utforma en detaljerad organisation, syfte och uppdrag utifrån den långsiktiga målbilden för verksamheten. Den detaljerade organisationen bör specificera syfte och uppdrag för samtliga funktioner och enheter inom området. Frågor som behöver besvaras i detaljeringen är bland annat vilka mottagningsverksamheter som ska bedrivas vid respektive sjukhusområde samt hur vårdplatser ska fördelas mellan avdelningar. Den nya chefsgruppen bör i detta skede även ta fram strategier för kompetensförsörjning till Lasarettet Ljungby – på kort och lång sikt. Detta omfattar strategier för rekrytering, åtgärder för minskad personalomsättning och långsiktig personalplanering. Strategin behöver även ha ett långsiktigt fokusområde att attrahera och utbilda akutläkare samt former för att vidareutbilda och behålla intensivvårdssjuksköterskor. Kommun och näringsliv kan och vill bidra i arbetet med rekrytering. Exempel på rekryteringsåtgärder som skulle kunna utföras i samarbete med kommun och näringsliv är samanställning av medföljande partner, finansierade studiebesök till Ljungby samt inflyttningspaket.

I nära dialog med sjukhusledningen för Centrallasarettet Växjö bör även en tydlig regional ansvarsfördelning utformas. Ansvarsfördelningen bör bland annat förtydliga det akuta omhändertagandet för vanliga och allvarliga diagnoser, samt former för samverkan kring vårdplatser, specialiserad vård och avancerad diagnostik, utbildningstjänster, ambulansuppdrag och beredskap.

Beslut om uppdrag och organisation för de två områdena samt separation kan därefter fattas av den politiska ledningen i regionen.

#### **Steg 4: Separering av verksamheter och rekrytering**

Under första halvåret 2026 genomförs den operativa separeringen av verksamheterna. Detta innebär att kliniker, avdelningar och administrativa funktioner vid området Lasarettet Ljungby blir fristående från Centrallasarettet Växjö.

Utifrån den framtagna kompetensförsörjningsstrategin startas i detta steg även en kraftsamling kring rekrytering och kompetensutveckling. Fokus ligger på att attrahera och behålla medarbetare med nyckelkompetenser, särskilt inom akutsjukvård, internmedicin och intensivvård.

### **Förslaget förväntas enbart ha en mindre ekonomisk påverkan på regionen**

Ekonomiska konsekvenser av förslaget förväntas framför allt inom fem områden:

- Ökade kostnader för närvarande ledarskap
- Ökade kostnader för intermediärvårdsplatser
- Ökade kostnader för ambulansen
- Minskade kostnader för akutkirurgi
- Minskade kostnader vid övergång till akutläkarsystem

#### **Ökade kostnader för närvarande ledarskap**

Förslaget skulle innebära tillsättande av 14 chefsroller vid Lasarettet Ljungby. I flera fall kommer det handla om att utöka ansvar och mandat för befintliga medarbetare som redan är verksamma vid lasarettet. De roller som förväntas innebära ökat ansvar och befogenhet för nuvarande personal (och därigenom inte driva ökade kostnader) är områdeschef samt de sex klinikcheferna. Två roller i sjukhusledningen kommer medföra en dubbling av nuvarande roller och därigenom en utökade personalkostnader. Dessa är rollerna som medicinsk chef och FoUU-chef.

Samtliga fem roller i stabsrådet kan förväntas innebära en dubbling av nuvarande motsvarande chefer inom sjukhusvården i Kronoberg och därigenom ökade personalkostnader: Ekonomichef, HR-chef, Kommunikationschef, Drift och logistikchef, IT- och digitaliseringschef.

Den totala investeringen i lokalt ledarskap vid Lasarettet Ljungby som förslaget innebär blir utifrån detta totalt sju helårsarbeten.

#### **Ökade kostnader för intermediärvårdsplatser**

Att ha två intermediärvårdsplatser öppna i Ljungby förväntas medföra ett ökat bemanningsbehov med en sjuksköterska och en undersköterska dygnet runt, enligt bedömningar från personal som arbetar i verksamheten och riktlinjer för bemanning av intermediärvårdsplatser (2). Den totala personalökningen motsvarar utifrån detta totalt cirka 8 helårsarbeten (fyra sjuksköterskor och fyra undersköterskor).

På läkarsidan bemannas befintlig intensivvård med tre narkosläkare dagtid, varav två sköter operationsverksamheten. Övrig tid bemannar en narkosläkare både IVA och akutkirurgi. Ingen utökad läkarresurs bedöms krävas för att öppna två

intermediärvårdsplatser, baserat på dialog med verksamma läkare. Detta då intermediärvårdsplatserna skulle kunna sambemannas med befintliga intensivvårdsplatser.

### **Ökade kostnader för ambulansen**

Förslaget innebär en något utökad ambulansverksamhet, jämfört med dagens läge. I dagsläget finns tre ambulanser dygnet runt – stationerade i Ljungby, Markaryd och Älmhult. Utöver de tre dygnet-runt-ambulanserna finns ytterligare en ambulans med utgångspunkt i Ljungby som är driftsatt vissa delar av dygnet. Denna fjärde ambulans (som i dagsläget är i drift mellan klockan 12:00 och 22:00 varannan dag och 13:00 till 02:00 övriga dagar) utökas i förslaget till att bemannas dygnets alla timmar. Utökningen motsvarar 87,5 timmar i veckan, vilket uppskattas motsvara ett bemanningsbehov om cirka 5 heltidstjänster. Uppskattningen av antalet heltidstjänster är framtagen med hjälp av SKR:s verktyg för bemanningsbehov (3), utifrån hur många heltidsanställda som skulle krävas för att bemanna den fjärde ambulansen med två sjuksköterskor under de timmar som den inte är driftsatt idag.

Föreslagna dag- och lättvårdsbilar finns redan i drift idag och medför därmed ingen ekonomisk förändring.

### **Minskade kostnader för akutkirurgi**

Enligt regionens tidigare uppskattning (4) skulle en nedstängning av akutkirurgi i Ljungby nattetid medföra ett minskat bemanningsbehov av 3,5 sjukskötersketjänster och 3,5 underskötersketjänster. Detta motsvarar ett totalt minskat bemanningsbehov på cirka 7 helårsarbeten.

### **Minskade kostnader vid övergång till akutläkarsystem**

Med ett akutläkarsystem skulle bemanningen av akutmottagningen vid Lasarettet Ljungby kunna effektiviseras.

I dagsläget bemannas två jourlinjer vid Lasarettet Ljungbys akutmottagning: medicin och en gemensam linje för kirurgi och ortopedi. Detta upplägg förutsätter en minimibemanning på två primärjourer samt två bakjourer. Samtidigt uppgår bemanningen dagtid vanligtvis till fem till åtta primärjourer och två till fyra bakjourer.

Med en bemanning motsvarande den vid akutmottagningen i Piteå (som handlägger motsvarande antal patienter per dygn som Ljungby) skulle minimibemanningen sannolikt kunna utgöras av en akutläkare samt en bakjour i hemmet. Under dagtid på vardagar skulle akuten kunna bemannas av två till fyra akut-/ST-läkare samt en bakjour i hemmet.

Bemanningsbehovet för ett sådant akutläkarsystem vid Lasarettet Ljungby uppskattas till totalt cirka 10 heltidstjänster. Med nuvarande upplägg för akutmottagningen i Ljungby uppgår läkarbehovet uppskattningsvis till ungefär det dubbla (cirka 20 heltidstjänster fördelat på medicin, kirurgi och ortopedi).

Uppskattningen är framtagen med hjälp av SKR:s verktyg för bemanningsbehov (3). Förändringen i antalet heltidstjänster är framräknad utifrån det förändrade antalet

läkare per pass, med antagande om att dag- och kvällspass har samma bemanning, och att passen inte överlappar. Nattpassen är i uppskattningen förlagda mellan 20:00 och 09:00 (baserat på hur verksamheten är organiserad i dagsläget). Då det finns variationer i hur ofta legitimerad läkare agerar mellanjour har antagande gjorts att detta sker tre av fem vardagar i veckan under dagtid samt fyra av sju nattpass. För jourhavande läkare, som ej är stationerade på akuten, har antagande gjorts att dessa lägger tio procent av sin arbetstid på akutmottagningen.

En översikt över nuvarande och föreslaget bemanningsbehov och motsvarande heltidstjänster presenteras i Tabell 2. Nuvarande bemanningsöversikt utgår från intervjuer med medarbetare i verksamheten.

Tabell 2: Översikt över nuvarande och föreslagen läkarbemanning av akutmottagningen Lasarettet Ljungby

Pass	Nuvarande bemanning		Bemanning i förslaget	Förändrad bemanning	
	Medicin	Kirurgi/Ortopedi	Linjeorganisation	Antal läkare/pass	
<b>Vardag dag/kväll</b>	Primär- och mellanjourer	3 AT 1 ÖL 0–1 leg.	1–3 AT-läkare	1 akutläkare 1–3 ST-läkare	-3,5
	Jour – ej stationerad på akuten	1	2 leg. husjourer 1 bakjour	0	-4
	Beredskap i hemmet	0	0	1	+1
<b>Helg dag/kväll</b>	Primär- och mellanjourer	1	1 AT-läkare 1 leg. mellanjour	1 akut-/ST-läkare	-2
	Jour – ej stationerad på akuten	1	0	0	-1
	Beredskap i hemmet	0	1	1	0
<b>Natt</b>	Primär- och mellanjourer	1	1 AT-läkare 0–1 leg. mellanjour	1 akut-/ST-läkare	-1,5
	Jour – ej stationerad på akuten	0	0	0	0
	Beredskap i hemmet	1	1	1	-1
<p><b>Omräkning av förändrad bemanning (antal läkare/pass) till heltidstjänster</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primär- och mellanjourer på akuten: -9,6</li> <li>• Jourhavande läkare – ej stationerade på akuten: -0,6</li> <li>• Läkare i beredskap i hemmet: +/- 0</li> </ul>					

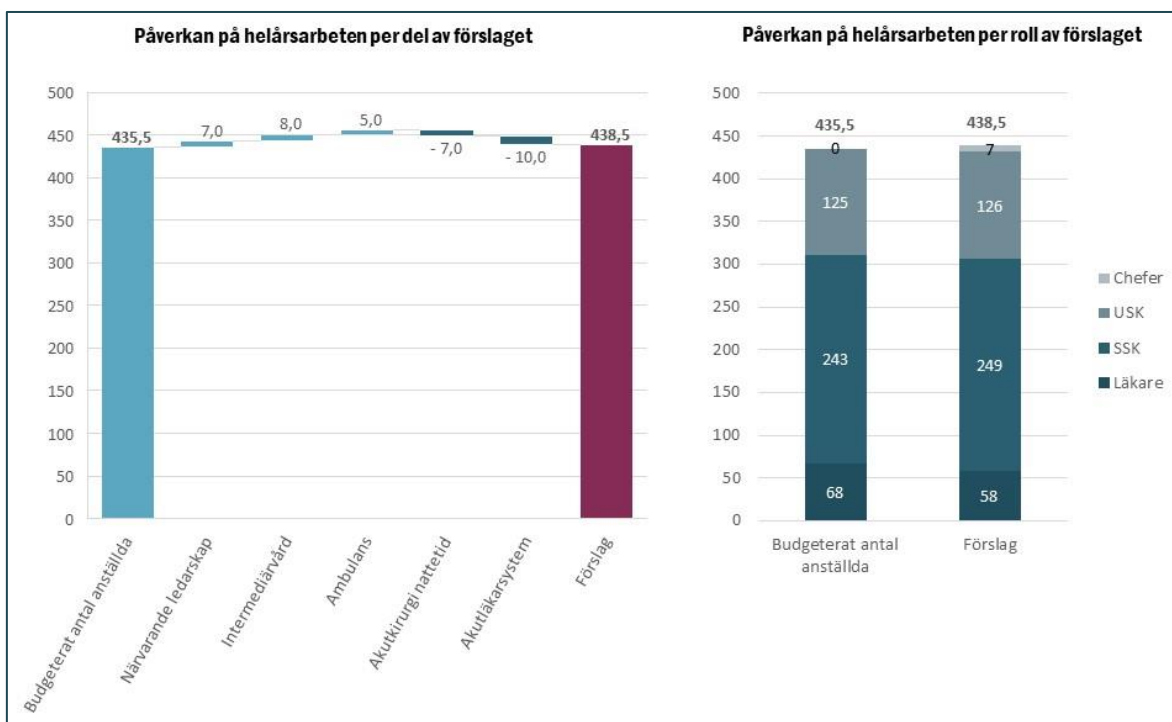
Det totala minskade läkarbemanningsbehovet med ett akutläkarsystem uppskattas utifrån detta till cirka 10 helårsarbeten. Detta förväntas minska det totala antalet personer, men kostnadsminskningen kommer inte vara lika stor då man kan förvänta sig högre kostnader per helårsarbetare när akuten bemannas med specialister snarare än med allmäntjänstgörings (AT)-läkare. Med tanke på den stundande övergången till BT

är en bemanningsförändring som går mot mer erfarna läkare på akuten samtidigt nödvändig.

Det är viktigt att notera att det minskade läkarbemanningsbehovet på medicin-, kirurgi- och ortopedklinikerna motsvarar de vakanta tjänsterna på dessa kliniker med placering i Ljungby (som tillkommit som följd av förändringar i Allmänna Bestämmelser gällande dygnsvila). Dessa knappt tjugo vakanta tjänster kommer alltså *inte* att behöva tillsättas i detta förslag – istället behöver tio akutläkare rekryteras.

### Samlad bedömning av ekonomiska konsekvenser

Vissa delar i förslaget innebär ökat bemanningsbehov (ledarskap, ambulans och intermediärvård), medan förslagen om akutkirurgi och akutläkarsystem förväntas minska bemanningsbehovet. Totalt summerar förslaget utifrån detta till ett ökat personalbehov motsvarande cirka 3 helårsarbeten eller 0,7 % fler medarbetare än idag (se Figur 1). Det kan förväntas att personalkostnaderna per läkare ökar något när akuten bemannas med specialister snarare än med AT-läkare.



Figur 1 Uppskattad påverkan på antalet helårsarbeten på Lasarettet Ljungby

Under en övergångsperiod tills ny ledning och akutläkarsystem är på plats samt separering av verksamheterna är genomförd kan några tjänster behöva vara dubblerade. Detta kan öka de inledande kostnaderna för Regin Kronoberg jämfört med när målbilden är uppnådd.

## Går det att driva små akutsjukhus i Sverige?

### Sjukhuset Torsby bedriver en resurseffektiv vård i liten skala

Att bedriva en resurseffektiv vård av god kvalitet vid ett litet sjukhus är möjligt. Det finns goda exempel från andra svenska sjukhus som har lyckats med detta. Ett av dessa exempel är sjukhuset Torsby, som är ett av tre akutsjukhus i region Värmland, med ett upptagningsområde på omkring 40 000 personer.

Trots att sjukhuset Torsby är litet presterar det väl i nationella jämförelser, både vad gäller kostnadseffektivitet och tillgänglighet. Under år 2023 uppgick kostnaden per producerad DRG-poäng i sluten sjukhusvård till 65 360 kronor, vilket ligger under riksgenomsnittet på 75 417 kronor (5). Under år 2023 var tid till läkarbedömning 40 minuter vid sjukhuset Torsby, att jämföra med 58 minuter i riket som helhet (6).

### Sjukhuset Torsby är ett eget område i den regiongemensamma förvaltningen

Sjukhuset Torsby har som uppdrag att tillhandahålla vård för alla invånare och besökare i norra Värmland. Sjukhuset har därutöver ett länsuppdrag för utvalda operationer, som exempelvis bräck, proktologi, knäoperationer och bariatrisk kirurgi. Inom sjukhusets uppdrag ryms däremot inte viss specialiserad akutverksamhet – så som barn- och kvinnosjukvård, samt mer avancerade interventioner som trombektomi och PCI.

Sjukvården i Värmland tillhör en regiongemensam hälso- och sjukvårdsförvaltning, som svarar mot hälso- och sjukvårdsnämnden. Inom denna förvaltning utgör sjukhuset Torsby ett eget område. Övriga två sjukhus i regionen har en klinikbaserad områdesindelning, men Torsby utgör sitt eget område på grund av sin geografiska placering med 11 mil till Centralsjukhuset Karlstad. Området Torsby styrs av en områdeschef, och verksamheten delas in i två verksamhetsområden med var sin verksamhetschef. Avdelningarna inom respektive verksamhetsområde leds i sin tur av avdelningschefer. Samtidigt tar sjukhuset del av regiongemensamma resurser inom exempelvis HR och ekonomi. Dessa resurser är anställda inom den gemensamma förvaltningen, men är specifikt dedikerade till sjukhuset.

Sedan år 1997 bedrivs sjukhuset utan kliniker, vilket innebär att vårdplatserna inte är knutna till specifika medicinska specialiteter. De omkring 50 vårdplatserna är fördelade på tre vårdavdelningar med inriktning mot medicin, kirurgi och ortopedi, men samtliga vårdavdelningar är rustade för att ta emot patienter inom alla specialiteter. Sjuksköterskor och undersköterskor handlägger därmed en bredd av patienter, medan läkare rondar patienter vid olika avdelningar, utifrån sin specialitet. Bemanningen på vårdavdelningarna sker i team bestående av en sjuksköterska och två undersköterskor. I nuläget ansvarar varje team för åtta patienter, men från och med mars 2025 väntas patientantalet per team minska till sju. Sjuksköterskor och undersköterskor är anställda vid avdelningar eller mottagningar, medan läkarna är knutna till en läkarenhet indelad efter specialitet: anestesi, kirurgi, ortopedi, medicin och gynekologi. Läkarna från respektive enhet bemannar akutmottagningen, mottagningsverksamheten och vårdavdelningarna.

Akutverksamheten, med tillhörande intensivvård, röntgen, laborativ verksamhet och akutkirurgi är öppen dygnet runt, året om. Akutmottagningen tar i genomsnitt emot 40

patienter per dygn och är organiserad i team: ett medicinskt team samt ett gemensamt team för kirurgi och ortopedi. Minsta bemanning per team består av en undersköterska, en sjuksköterska och en underläkare, med stöd av en primärjour. Utöver detta finns en ledningssjuksköterska samt en gynekolog i beredskap. Den opererande verksamheten i Torsby utför, enligt egen statistik, omkring 2 250 operationer per år, fördelat på fyra salar och en endoskopisal. Av dessa är cirka 36 procent akuta operationer. Intensivvårdsavdelningen har två fullvärdiga intensivvårdsplatser samt fyra intermediärvårdsplatser.

Sjukhuset har ett nära samarbete med övriga sjukhus i regionen. Hälso- och sjukvårdsledningen samlar områdescheferna veckovis för att diskutera verksamheten, och dagliga möten hålls mellan sjukhusen för att omfördela patienter utifrån den aktuella vårdplatssituationen.

### **Sjukhuset Torsby står i likhet med många andra inför kompetensförsörjningsutmaningar – en trend som man håller på att vända**

Precis som de flesta sjukhus i Sverige står Torsby inför kompetensförsörjningsutmaningar. I dagsläget arbetar 305 årsarbetare vid sjukhuset, men vakanser har förekommit särskilt bland sjuksköterskor. För att hantera personalbristen har en av slutenvårdsavdelningarna tillfälligt stängts, men en större rekryteringssatsning har nu gett resultat. Under första halvåret 2025 kommer 11–13 sjuksköterskor att tillträda, vilket möjliggör en återöppning av avdelningen med fullgod bemanning.

Rekryteringen har skett genom flera insatser. Sjukhuset har bland annat arbetat aktivt med utlandsrekrytering, där HR tillsammans med kommunen bjuder in kandidater från övriga Europa för hospitering. Detta är en strategi som tidigare använts för att rekrytera läkare, men som nu även tillämpas för rekrytering av sjuksköterskor i allt högre utsträckning. Ett utökat samarbete med högskolor och universitet har också etablerats. Bland annat har en distansutbildning för sjuksköterskor startats i samarbete med högskolan i Falun, där en grupp studenter placeras i Torsby varje år. Dessutom har sjukhuset ökat andelen studenter som tas emot från Karlstads universitet.

Parallellt med rekryteringsarbetet lägger sjukhuset stor vikt vid att bibehålla befintlig personal. En nyckelfaktor för att hålla nere personalomsättningen är den starka känsla av gemenskap och stolthet som präglar verksamheten.

Utöver de lokala kompetensförsörjningssatsningarna pågår även regionövergripande satsningar på utbildningstjänster.

### **Småskalighet kan vara en framgångsfaktor**

Enligt sjukhusets representanter finns det flera fördelar med att vara ett mindre sjukhus. Den överblickbara organisationen uppges skapa goda förutsättningar för en inkluderande arbetsmiljö, där medarbetarna känner sig sedda och delaktiga i verksamheten. Detta bidrar till ökad trivsel och stärkt samarbete.

En annan styrka uppfattas vara de korta beslutsvägarna. Med ett begränsat antal, men verksamhetsnära, chefer kan beslut fattas snabbt och effektivt. Detta gynnar utvecklingen av effektiva arbetsprocesser och skapar större möjligheter för medarbetare att påverka sin arbetssituation.

Slutligen gör sjukhusets storlek det lätt att få en helhetsbild av verksamheten, vilket underlättar implementeringen av anpassade och flexibla arbetssätt. Denna organisationsstruktur har varit avgörande för att upprätthålla hög produktivitet och en välfungerande vård, trots de utmaningar som kompetensförsörjningen inneburit.

### I Norrbotten används akutläkarsystem vid regionens samtliga mindre sjukhus

I målbilden för denna utrednings förslag organiseras akutmottagningen utifrån ett akutläkarsystem. Detta beskrivs med framgång ha införts i Region Norrbotten. Regionen har fem sjukhus, och akut omhändertagande är en del av alla sjukhusens uppdrag. Samtliga fyra mindre sjukhus nyttjar akutläkarsystem för att bemanna sina akutverksamheter, då det möjliggör att resurser nyttjas mer effektivt. Akutmottagningarna vid Piteå sjukhus, med ett upptagningsområde på cirka 60 000 invånare, och 10 450 besök år 2023 (Lasarettet Ljungby hade 12 171 besök under samma år) (6) kan på så sätt bemanna sin akut med en specialistläkare nattetid, istället för att bemanna flera jourlinjer. Totalt finns nio akutläkare, specialister och ST-läkare, anställda vid akutenheten vid Piteå sjukhus. En översikt över bemanningen vid Piteå samt Kalix sjukhus (upptagningsområde omkring 30 000 invånare) redovisas i Tabell 3.

Tabell 3: Översikt över läkarbemanning vid akutmottagningen vid Piteå sjukhus samt Kalix sjukhus

Pass	Piteå sjukhus	Kalix sjukhus
<b>Vardag, dag/kväll</b>	Primärjourer 7:30-16:00: 1 akutläkare 1 ST-läkare 12:00-19:00: 2 ST-/akutläkare	7:30-16:00: 1 ST-/akutläkare 1 AT-läkare 13:00-21:00: 1 ST-/akutläkare
	Bak- och mellanjour 1 i hemmet (Stöd av befintlig narkosjour på huset)	1 i hemmet (Stöd av befintlig narkosjour på huset)
<b>Helg, dag/kväll</b>	Primärjourer 7:30-15:00: 1 ST-/akutläkare 12:00-19:30: 1 ST-/akutläkare	09:00-17:00: 1 ST-/akutläkare 13:00-21:00: 1 ST-/akutläkare
	Bak- och mellanjour 1 i hemmet (Stöd av befintlig narkosjour på huset)	1 i hemmet (Stöd av befintlig narkosjour på huset)
<b>Natt</b>	Primärjourer 19:00-08:00: 1 ST-/akutläkare	16:00-09:00 vardag/ 21:00-09:00 helg 1 ST-/akutläkare
	Bak- och mellanjour 1 i hemmet (Stöd av befintlig narkosjour på huset)	1 i hemmet (Stöd av befintlig narkosjour på huset)

Piteå sjukhus var ett av de första mindre sjukhusen i Sverige att implementera ett akutläkarsystem. Tidigare ansågs konceptet främst relevant för större sjukhus, och associerades med omhändertagandet av mycket allvarligt sjuka patienter, men två avgörande faktorer har bidragit till att man tänkt om i Norrbotten. En nationell tillsyn från Socialstyrelsen år 2006 visade att äldre multisjuka patienter ofta fick träffa många

olika läkare under ett och samma besök, vilket skapade ineffektivitet. Dessutom flyttades den kirurgiska jousen i södra Norrbotten år 2009 till Sunderby sjukhus, vilket gjorde att Piteå behövde en ny lösning för att hantera sina kirurgipatienter då medicinjouren saknade både tid och kompetens. Man valde då att införa akutläkarsystemet och rekryterade fyra specialister som erbjöds att bli dubbelspecialister. Dessa fyra blev sjukhusets första ST-läkare i akutsjukvård. Redan första veckan såg man dramatiska resultat, då tiden till läkarkontakt på akutmottagningen minskade från i genomsnitt 52 till 13 minuter (7).

Systemet beskrivs ha förbättrat patientflödet och skapat en mer sammanhållen vård där patienten får träffa färre läkare, samt minskat väntetiderna på akuten. År 2023 var tiden till läkarbedömning 25 minuter vid Piteå sjukhus, att jämföra mot rikssnittet på 58 minuter (6). Akutläkarsystemet beskrivs även ha bidragit till en bättre arbetsmiljö och ökad teamkänsla inom akutmottagningen. Slutligen upplevs akutläkarsystemet vara en framgångsfaktor i rekryteringsarbetet. Genom att tillhandahålla en attraktiv ST-tjänstgöring i akutmedicin har sjukhuset kunnat locka läkare som vill bli generalister.

## Överväganden i utformning av förslaget

Målbilden ”Lasarettet Ljungby – det familjära mindre akutsjukhuset, med närvarande ledarskap och stora möjligheter att utvecklas som generalist” har utvecklats i nära dialog med tidigare och nuvarande medarbetare vid Lasarettet Ljungby. Inspiration har hämtats från andra verksamheter med liknande förutsättningar. Ett antal övergripande överväganden har gjorts i utformningen av målbilden, vilka presenteras i korthet nedan.

### En bibehållen akutverksamhet vid Lasarettet Ljungby kommer med flera fördelar

En bibehållen akutverksamhet bedöms vara en viktig förutsättning för långsiktig rekrytering till Lasarettet Ljungby. Detta för att akutverksamheten möjliggör utbildningstjänster, så som AT, vilket enligt nuvarande och tidigare medarbetare och chefer utgör en stabil bas i rekryteringen av läkare till lasarettet. En fortsatt akutverksamhet beskrivs även bidra till att skapa en attraktiv arbetsplats, som kan locka och behålla medarbetare. Om akutverksamheten skulle läggas ner riskerar det att ytterligare förstärka den redan utbredda bilden av en verksamhet under avveckling. Detta kan i förlängningen leda till en fortsatt personalflykt, som utarmar verksamheten och försvårar framtida rekrytering.

Att upprätthålla akutverksamhet bidrar också till stärkt tillgänglighet, jämlikhet och patientsäkerhet i Region Kronoberg. Genom en bevarad akutsjukvård får invånare i västra Kronoberg en fortsatt geografisk tillgänglighet till vård. Denna tillgång till akut omhändertagande är avgörande vid många allvarliga tillstånd, samtidigt som det finns begränsningar i vad som kan hanteras prehospitalt. Detta är särskilt viktigt för patienter med tidskritiska diagnoser, där varje minuts fördröjning kan påverka utfallet, med allvarliga konsekvenser som följd (8). Två utbudspunkter för akutsjukvård innebär därmed en mer jämlik vård i regionen jämfört med enbart en utbudspunkt. Att ha tillgång till ett akutsjukhus pekas också ut som en viktig del i att skapa attraktivitet för nya invånare och företag av Ljungby kommun (9).

Dessutom gör två bibehållna akutsjukhus att trycket på vården vid Centrallasarettet Växjö och ambulansen inte ökar jämfört med nuvarande situation, vilket leder till att tillgängligheten till akutvård även i de östra delarna av regionen inte försämras. I dagsläget saknar Centrallasarettet Växjö förutsättningar att omhänderta samtliga akuta fall i regionen, enligt både regionens tidigare utredning (10) och intervjuer med sjukhusledningen.

Att ha två utbudspunkter för akut- och intensivvård medför vidare bättre förutsättningar för beredskap vid kris, krig eller andra masskadehändelser. Detta då vården kan skalas upp på ett snabbare och säkrare sätt, då det sker inom ramen för befintlig verksamhet. Medarbetare och chefer beskriver att det är mycket svårt att etablera akutvård när den väl har lagts ner, då både rutiner, personal och materiel saknas. Att uthålligt öka antalet vårdplatser, särskilt för akutkirurgi, är samtidigt den enskilt viktigaste för hälso- och sjukvården vid höjd beredskap och krig (11). Dessutom innebär två geografiska utbudspunkter att invånare har närmare till vården i situationer där trafik- eller kommunikationsstörningar förekommer, och vården blir också mindre sårbar för oförutsägbara händelser såsom driftstörningar, då redundansen ökar (12). Intervjuade läkare framhåller även att två utbudspunkter för akutvård underlättar separeringen av ”rena” och ”smutsiga” flöden vid utbrott av allmänfarliga sjukdomar, så som under Covid-19-pandemin.

### **Intensivvård är en förutsättning för att kunna bedriva akutvård och kirurgi bortom standardiserade interventioner**

Intensivvård är en grundläggande förutsättning för att kunna bedriva mer avancerad kirurgi och akutsjukvård. I verksamhetens egna risk- och konsekvensanalyser av en nedstängning av IVA bedöms en nedstängning av IVA i Ljungby få stora konsekvenser för den akutsjukvård som kan bedrivas. Bland annat identifieras allvarliga risker att akutens personal saknar nödvändig kompetens för att stabilisera akut sjuka patienter inför transport alternativt binds upp under längre tidsperioder för att övervaka dessa patienter, på bekostnad av övrig akutvård. Personalen uppger också att en nedläggning av IVA kommer att orsaka en massuppsägning av intensivvårdssköterskor, då det skapar en oattraktiv arbetsmiljö för intensivvårdsutbildad personal. Detta skulle få stora konsekvenser även för stabiliserings- och pre- och postoperativa vårdplatser och i förlängningen all akut och kirurgisk verksamhet vid Lasarettet Ljungby.

Ett alternativt förslag till nedläggning av IVA, som har beskrivits i dialog med sjukhusledningen, är att konvertera befintliga intensivvårdsplatser till intermediärvårdsplatser. Förslaget motiveras bland annat med att flera patienter som idag vårdas på IVA vid Lasarettet Ljungby skulle kunna omhändertas vid en intermediärvårdsavdelning (IMA).

Det är endast ett fåtal sjukhus i Sverige idag som har intermediärvård som sin högsta vårdnivå (13), och intermediärvård används i första hand som ett komplement till intensivvård. Till de få sjukhus som har intermediärvård som sin högsta vårdnivå hör Lasarettet i Enköping och Kullbergsska sjukhuset (13–15). Verksamheten vid dessa sjukhus är dock begränsad, och ingen av dem bedriver akutkirurgi (14,15). Även medarbetare och chefer vid Lasarettet Ljungby och företrädare för andra mindre akutsjukhus med liknande uppdrag ser att en konvertering av intensivvårdsplatser till

intermediärvårdsplatser skulle kräva omfattande anpassningar i den övriga vården vid sjukhuset och medföra patientrisker. Det skulle bland annat påverka vilka typer av kirurgiska ingrepp som kan utföras, vilka patienter som kan genomgå dessa ingrepp, vilka patienter som kan behandlas inläggande vid slutenvården, samt vilka akuta patienter som kan handläggas på sjukhuset. Dessutom finns det även vid standardiserade rutiningrepp en risk att komplikationer uppstår (16). En nedskärning av intensivvården skulle innebära att sjukhuset inte längre kan hantera dessa situationer på plats, vilket kan förlänga tiden innan adekvat vård ges och därmed öka risken för allvarliga konsekvenser för patienterna (8).

Istället för att konvertera befintliga intensivvårdsplatser till intermediärvårdsplatser föreslås istället en utökning av verksamheten, genom ett tillägg av två intermediärvårdsplatser. Genom att införa intermediärvårdsplatser kan patienter som är för sjuka för att vårdas på en vanlig vårdavdelning men inte är i behov av intensivvård omhändertas på en ändamålsenlig vårdnivå utan att transporteras till Centrallasarettet Växjö. Intermediärvårdsplatser förutsätter inte intensivvårdsutbildad personal (2), varför kompetensförsörjningsutmaningen av intensivvårdssjuksköterskor inte kommer att försämrats av utökningen. Däremot skulle införandet av intermediärvård kunna bidra till en förbättrad långsiktig kompetensförsörjning inom intensivvården. Genom att erbjuda allmänsjuksköterskor möjlighet att hospitera i intermediärvården kan de få erfarenhet av mer avancerad vård, vilket i sin tur kan fungera som ett steg mot vidareutbildning till intensivvårdssjuksköterskor. På så sätt kan intermediärvården bli en viktig del av sjukhusets rekryteringsstrategi och bidra till att säkerställa tillgången på specialistutbildad vårdpersonal. Detta är något som befintlig personal vid Lasarettet Ljungby lyfter som en önskad utveckling.

En av de utmaningar som kvarstår utifrån presenterad målbild är att säkerställa att intensivvårdspersonalen får vårda tillräckliga patientvolymen för att upprätthålla sin kompetens. Detta är en utmaning som skulle kunna hanteras genom ett nära samarbete med Centrallasarettet Växjö, där hospitering och gemensamma vårdinsatser kan bidra till att ge medarbetarna förutsättningar att strukturerat få erfarenhet av större volymen intensivvårdspatienter, i enlighet med riktlinjerna från svensk förening för anestesi och intensivvård (17). På så sätt kan sjukhuset fortsätta att erbjuda en hög patientsäkerhet och god vårdkvalitet, samtidigt som man möter behovet av en flexibel och hållbar vårdorganisation.

### **En dygnet-runt öppen akut är viktig för patientsäkerheten och fördelarna med att stänga akuten nattetid är begränsade**

Fördelarna med att stänga akuten nattetid är sannolikt små, medan riskerna och utmaningarna är betydande. En av de största utmaningarna med reducerade öppettider är kommunikationen till invånarna – där patienter sannolikt kommer att söka sig till akutmottagningen även utanför dess öppettider, antingen av okunskap om de förändrade öppettiderna eller på grund av akuta vårdbehov som de anser kräver omedelbar bedömning, något som tidigare utredningar också lyfter (18). En nattstängning skulle därmed innebära att dessa patienter riskerar att inte få vård i tid, alternativt att de måste omhändertas utanför gängse rutiner vid sjukhuset eller av ambulanspersonal. Samtliga dessa alternativ riskerar att påverka både vårdkvaliteten, tillgängligheten och känslan av trygghet negativt.

Därtill lyfter medarbetare att det varierande inflödet av patienter till akutmottagningen kvällstid medför att personalen sannolikt inte kommer att kunna avsluta sina arbetspass i tid, trots att verksamheten formellt stänger under natten. På grund av pågående patientärenden som kräver fortsatt handläggning även efter en formell stängning, kommer personalen i många fall ändå behöva arbeta övertid för att slutföra vårdinsatser. Detta kan leda till en mer oförutsägbar arbetsmiljö för personalen, och bemanningssituation för verksamheten. Mot denna bakgrund vore snarare en stabil och förutsägbar bemanning dygnet runt att föredra.

En nedstängning av akutmottagningen nattetid skulle sannolikt inte leda till några större resursbesparingar. Lasarettet Ljungby kommer även fortsatt behöva ha akutberedskap, bildiagnostik och provtagning nattetid för att kunna upprätthålla en patientsäker slutenvård, något som även framgår av regionens tidigare utredningar (19). Dessutom skulle en nattlig stängning förutsätta en förstärkt ambulansverksamhet, för att kunna hantera de patienter som annars hade sökt sig till akuten (1). Även kommunerna pekar på flera risker med en reducerad akutverksamhet vid Lasarettet Ljungby, inklusive ökat tryck på äldreomsorg, hemsjukvård och räddningstjänst och förskjutning av kostnader från regionen till kommunerna (9). Sammantaget kan detta i praktiken innebära en omfördelning av resurser snarare än en faktisk besparing, samtidigt som det skapar en större osäkerhet kring patientsäkerheten och vårdtillgången för invånarna under nattetid.

### **Ett akutläkarsystem skulle kunna möjliggöra ett mer effektivt resursnyttjande**

Målbilden presenterar istället en annan lösning för att frigöra resurser från akutmottagningen. Genom att införa ett akutläkarsystem kan akutmottagningen bemannas med färre resurser, samtidigt som en större bredd av patienter tas om hand. Detta är ett arbetssätt som i intervjuer beskrivs fungera väl vid mindre sjukhus i Region Norrbotten. En av de stora fördelarna med systemet är att separata jourlinjer inte behöver upprätthållas för medicin och kirurgi/ortopedi, vilket gör att resurserna kan användas mer effektivt. Utifrån hur bemanningen vid Piteå sjukhus akutmottagning (med jämförbara besökstal som Ljungby) är utformad, finns skäl att tro att ett akutläkarsystem skulle kunna reducera bemanningen även vid Lasarettet Ljungby. De resurser som frigörs från nuvarande bemanning kan istället användas för att täcka nuvarande vakanser eller bidra till ökad produktion.

Dessutom kan akutläkare, med sin breda kompetens, handlägga både barn- och gynekologiska patienter (20), vilket minskar behovet av att skicka dessa patienter vidare till Centrallasarettet Växjö. Det senare minskar både belastningen på Centrallasarettet Växjö, ambulanssjukvården och ökar tillgängligheten för invånarna i västra Kronoberg.

Utöver effektivare resursutnyttjande beskriver representanter från Region Norrbotten att ett akutläkarsystem också kan skapa en attraktiv arbetsplats för läkare som vill ha en bred och varierad patientkontakt. Akutläkare arbetar med många olika typer av patienter och diagnoser, vilket gör specialiteten lockande för läkare som vill utveckla en bred medicinsk kompetens. Genom att erbjuda en integrerad BT-/ST-tjänst i akutsjukvård skulle sjukhuset därför kunna bli en mer attraktiv arbetsplats och stärka sin långsiktiga rekrytering.

Att ställa om till ett akutläkarsystem kan vara en utmaning, och det finns exempel på verksamheter som inte lyckats väl i omställningsarbetet. När omställningen misslyckats har detta beskrivits i första hand berott på avsaknad av en långsiktig strategi och inriktning där akutläkarna faktiskt arbetar med akutvård (21). För att lyckas krävs därför en genomtänkt strategi för rekrytering av ett antal befintliga specialister, vartefter en välfungerande utbildningsstruktur kan byggas upp.

### Reducerade öppettider för akutkirurgi skulle kunna frigöra resurser

Något som regionens tidigare utredningar har föreslagit är en nedstängning av eller reduktion av den akut opererande verksamheten (1,10). En renodling till enbart elektiv vård bedöms ha negativa konsekvenser för både patienter och medarbetare. Nuvarande och tidigare medarbetare uppger i intervjuer att en renodlad elektiv verksamhet kraftigt skulle försämra arbetsmiljön, då det uppfattas som ostimulerande. Dessutom skulle ambulansen och verksamheten vid Centrallasarettet Växjö behöva utökas för att hantera de ökande patientflödena (1). Vidare skulle resurseffektiviteten inte öka nämnvärt, då operationssalar ändå bemannas dagtid för att hantera elektiva operationer. Lasarettet Ljungby lyckas idag med att hantera både det elektiva och det akuta flödet parallellt och både kvantitativa analyser (se kapitel 3) och intervjuer med medarbetare talar emot att produktivitetsvinster skulle kunna uppnås genom renodling till elektiv vård.

Däremot skulle akutkirurgin kunna stänga nattetid. Tidigare utredningar visar att det är ett mycket litet antal akuta operationer som utförs nattetid (1,4). Med bibehållen akut- och intensivvårdsverksamhet skulle dessa patienter kunna bedömas och stabiliseras på Lasarettet Ljungby inför transport till Centrallasarettet Växjö. Samtidigt skulle sju heltidsresurser (1,4) för operationsberedskap kunna frigöras och användas för att bemanna avdelningar och mottagningar samt öka produktion på operation under dagtid.

En stängning av akutkirurgin nattetid ställer dock ökade krav på beredskap för ambulansen nattetid. Förslaget inkluderar därför en utökning av ambulansuppdraget, som även medför en utökad beredskap nattetid.

### Ett självständigt sjukhusområde möjliggör ett effektivt och närvarande ledarskap

Genom att etablera en självständig ledningsstruktur för Lasarettet Ljungby säkerställs ett närmare och mer effektivt ledarskap, där beslut fattas lokalt och anpassas efter sjukhusets specifika behov och förutsättningar. Inriktningen har fördelar på både kort och lång sikt.

På kort sikt innebär en självständig sjukhusledning:

- *Stärkt lokalt ledarskap:* Genom att etablera en lokal ledning med mandat att påverka och agera snabbt vid uppkomna situationer skapas en organisation som enklare kan fånga upp och hantera utmaningar i verksamheten, något som beskrivs som en framgångsfaktor i dialog med representanter från andra mindre akutsjukhus. Dessutom väntas det lokala ledarskapet lösa en av verksamhetens största befintliga utmaningar, där personal slutar på grund av ett frånvarande chefskap, något som återkommande lyfts i intervjuer med både befintliga och tidigare medarbetare. Det närvarande ledarskapet lyfts även som en viktig faktor i

de kompetensförsörjningsstrategier som tagits fram av såväl SKR som Nationella vårdkompetensrådet (22,23).

- *Stärkta förutsättningar för lokal uppföljning och ansvarsutkrävande:* Med en självständig ledning blir det möjligt att bedriva lokal uppföljning av verksamheten och införa tydliga ansvarsroller. Mot denna bakgrund kan effektivare kompetensförsörjningsstrategier och arbetssätt utformas och utvärderas lokalt, något som lyfts fram som en nyckelfaktor i rekryteringsarbetet både i dialog med medarbetare vid Lasarettet Ljungby och representanter för andra mindre akutsjukhus.

Den långsiktiga inriktningen att separera klinikerna mellan Växjö och Ljungby, väntas också ge flera fördelar:

- *Tydligare politiska prioriteringar:* En separat organisation underlättar politiska beslut kring exempelvis nivåstrukturering inom regionen där det är möjligt att styra uppdrag till de olika sjukhusen snarare än att fördelningen av uppdrag sker internt inom en klinik med två adresser.
- *Förbättrat samarbete:* Genom ett ökat fokus på samarbeten över klinikgränser snarare än inom kliniker över geografiska gränser förbättras möjligheterna till effektiva vårdprocesser. Den nuvarande kliniksammanslagningen har utifrån genomförda intervjuer dessutom visat sig skapa misstro mellan medarbetare i Ljungby och Växjö snarare än underlättat samarbeten.

### **En familjär profil med möjligheter att bli generalist är både vad lasarettet behöver och det medarbetarna vill se**

En utmaning med att bedriva effektiv sjukvård vid mindre sjukhus är svårigheten att bemanna många subspecialiserade områden, då detta kräver större personalstyrkor än vad som är möjligt att upprätthålla. För att lyckas med sitt uppdrag beskriver representanter från Region Norrbotten och sjukhuset Torsby att det därför är avgörande att personalen har en bred baskompetens.

Små sjukhus har å andra sidan unika förutsättningar att erbjuda utvecklingsmöjligheter för sina medarbetare eftersom de tillåts handlägga en bred variation av patienter utan att dessa delas upp på subspecialiserade kliniker, som ofta är fallet på större sjukhus. Denna bredd kan nyttjas för att stärka sjukhusets profil och rekrytera medarbetare som söker variation i sin karriär. Samtidigt kan medarbetarna erbjudas möjlighet att fortsätta utveckla sina kunskaper vid sjukhuset, exempelvis genom att bli dubbelspecialister, subspecialister eller utveckla expertkunskaper inom särskilda områden. Detta är ett arbetssätt som har nyttjats aktivt vid Piteå sjukhus. Det skapar inte bara en möjlighet för medarbetarna att växa i sina yrkesroller, utan bidrar också till att Lasarettet Ljungby kan erbjuda handledning och högkvalitativ vård inom fler områden.

Vidare finns det stora fördelar med att arbeta som sammansvetsade team, vilket är något som små sjukhus kan möjliggöra. I dialog med tidigare och nuvarande medarbetare lyfts just känslan av gemenskap fram som en av de bidragande orsakerna till att de valt att arbeta vid just Lasarettet Ljungby under många år. Samarbetet inom teamen är också en viktig faktor för att skapa produktiv och högkvalitativ vård.

Målbildens profil för Lasarettet är vald för att stärka dessa faktorer. Genom att erbjuda en arbetsmiljö som främjar både bred kompetens och en familjär känsla, kan sjukhuset både behålla sina medarbetare och locka nya, vilket stärker den långsiktiga rekryteringen och sjukhusets framtida utveckling.

# **Kapitel 3**

**Regionens tidigare förslag för Lasarettet Ljungby**

# 3

## REGIONENS TIDIGARE FÖRSLAG FÖR LASARETTET LJUNGBY

I föregående kapitel beskrevs utredningens förslag på en möjlig framtid för Lasarettet Ljungby som ett familjärt mindre sjukhus med intensivvårdsavdelning och dygnet runt-öppen akutmottagning. Utredningens förslag ska ställas emot de alternativ som regionen tidigare tagit fram. I de utredningar som offentliggjorts finns det två huvudsakliga förslag som regionen överväger:

1. Renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet
2. Stäng intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid

Det första förslaget ”Renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet” presenterades av Sjukhusvårdens ledning i Region Kronoberg i maj 2024 (1) och är i linje med ett av de rekommenderade scenarierna<sup>\*,†</sup> i tre av de utredningar som hälso- och sjukvårdsdirektören presenterade för regionstyrelsen i december 2024: *Framtidens sjukhusvård i Region Kronoberg* (18), *Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutmottagning-JLC* (10) och *Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?* (19).

Förslag nummer två ”Stäng intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid” är det andra rekommenderade scenariet<sup>\*,†</sup> i hälso- och sjukvårdsdirektörens rapporter som presenterades för regionstyrelsen i december 2024 (10,18,19).

---

\* ”Scenario tre – Akutmottagningen stänger dygnet runt på Ljungby lasarett”.

† I rapporterna *Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutmottagning-JLC* och *Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett?* anges att alla scenarier utgår ifrån att IVA-platserna på Lasarettet Ljungby koncentreras till Centrallasarettet Växjö. I *Framtidens sjukhusvård i Region Kronoberg* sammanförs resultaten från de båda rapporterna men där anges att samtliga alternativ är möjliga att genomföra både med och utan IVA-platser på Lasarettet Ljungby, förutsatt att dessa platser kan bemannas dygnet runt, men att rapporten presenteras utifrån att IVA-platserna centreras till Centrallasarettet Växjö.

\* ”Scenario ett – Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett”

I detta kapitel görs en analys av utgångspunkter och förväntade effekter av dessa båda förslag.

## Regionförslag 1: Renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet

I maj 2024 presenterades Sjukhusvårdens ledning i Region Kronobergs rapport *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg (1)* för regionstyrelsen. Rapporten föreslår att den långsiktiga inriktningen för Lasarettet Ljungby är som renodlad elektiv verksamhet inom Region Kronobergs sjukhusvård.

*”...akuta och elektiva flöden separeras: Centrallasarettet Växjö kommer bli regionens akutsjukhus och Ljungby lasarett kommer få en ökning av elektiv verksamhet och en tydlig profil med mer specialiserad elektiv vård”*

*Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg (1)*

En central utgångspunkt för förslaget är en prognos om att antalet patienter som väntat längre än 90 dagar på operation kommer att trefaldigas till år 2030 om inte renodlingen av Lasarettet Ljungby till elektiv vård genomförs (1). Prognosen förutspår även att medicinkliniken, som idag inte uppges ha någon vårdkö, kommer att börja ackumulera en kö redan under 2024 som sedan ökar brant fram till år 2030 (1).

Den framtidsutmaning som prognosen anger ska hanteras genom en renodling av Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet. Renodlingen förväntas leda till:

- 1) Förbättrad kompetens
- 2) Ökad produktivitet och kompetensutnyttjande
- 3) Förbättrad vårdkvalitet och tillgänglighet
- 4) Minskade kostnader

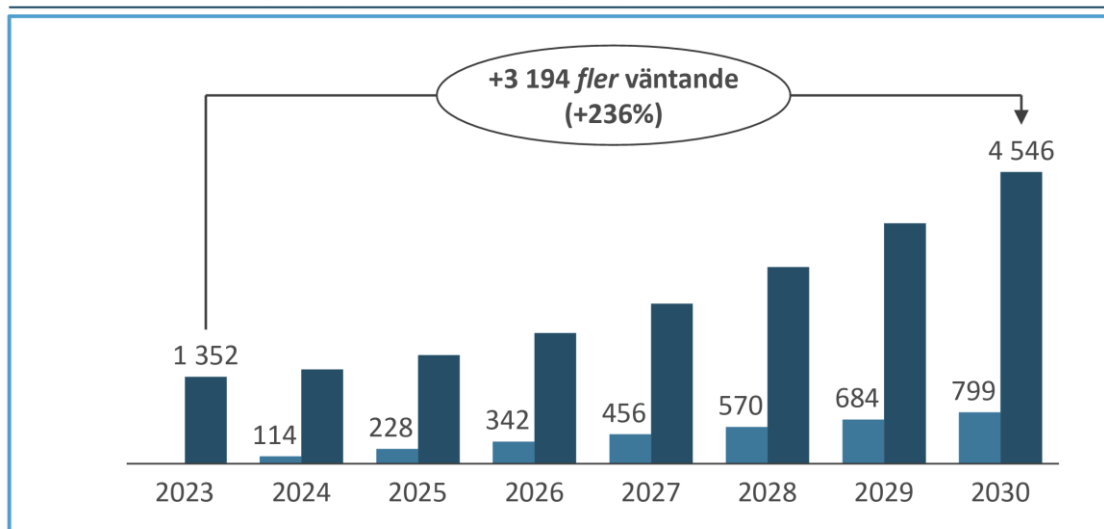
### Utgångspunkterna för förslaget om renodling har flera brister

#### Faktiska resultat går i motsatt riktning till den prognos som förslaget bygger på

Som extern utredning har det inte funnits möjlighet att i detalj granska den modell som prognosen bygger på. Däremot kan prognosen jämföras med de utfall som nu går att observera i praktiken.

Som nämnts ovan förutspår prognosen att antalet patienter som väntat längre än 90 dagar på operation kommer att trefaldigas till år 2030 (1), se Figur 2. Enligt prognosen skulle antalet personer som väntat längre än 90 dagar öka med 114 personer (8,4 procent) år 2024. Det verkliga utfallet för år 2024 går i motsatt riktning. Mellan december 2023 och december 2024 *minskade* antalet väntande på operation/åtgärd >90 dagar med 25 procent (24).

Antal väntande &gt;90 dagar, prognos vårdkö\*\* utan samplanering, 2024-2030P



Figur 2 Prognos över antal väntande >90 dagar 2024-2030 vid Ortopedkliniken och Kirurgkliniken. Källa: Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg bilaga 1 sid 51 (4).

I rapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* görs en prognos för december 2024 om 1 466 väntande på operation/åtgärd >90 dagar. Både Hälso- och sjukvårdsnämndens årsrapport 2024 och Vården i siffror (SKR) anger istället ett utfall på 555 väntande >90 dagar i december 2024. Det totala antalet väntande på operation/åtgärd i Region Kronoberg minskade under perioden december 2023 till december 2024 med 550 personer (-17 %), från 3 325 till 2 775 personer (24).

### Antalet väntande på operation/åtgärd >90 dagar

#### Prognos i Samplanerad sjukhusvård

- + 8% (från 1 352 i december 2023 till 1 466 i december 2024)

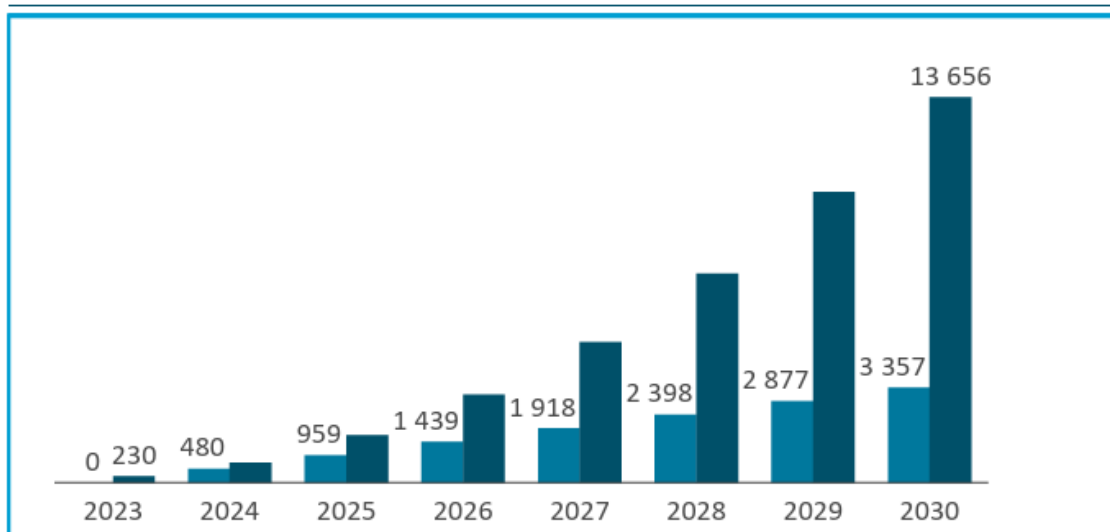
#### Utfall

- Vården i siffror: -25% (från 742 i december 2023 till 555 i december 2024)
- Årsrapporten: -15% (från 649 i januari 2024 till 555 i december 2024)

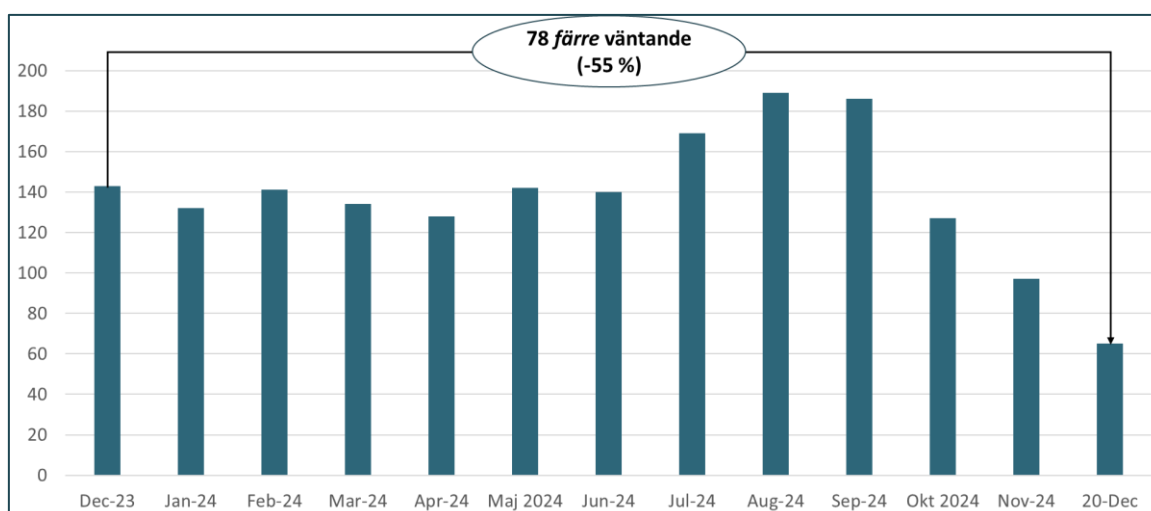
På motsvarande sätt som för väntande till operation utgår förslaget om att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet även från en prognos om att antalet väntande på första besök kommer att öka mycket kraftigt. Exempelvis förutspås att antalet väntande >90 dagar på första besök på medicinkliniken skulle öka från 230 personer år 2023 till 13 656 personer år 2030 (se Figur 3). Redan år 2024 prognosticerades antalet väntande >90 dagar tredubblas, från 230 till 710 personer.

Det utfall som regionen redovisar i Vården i siffror visar tvärtom att antalet väntande >90 dagar på första besök på medicinkliniken mer än halverades år 2024: från 143 i december 2023 till 65 i december 2024 (se Figur 4).

Antal väntande >90 dagar, prognos vårdkö första besök utan samplanering, 2024-2030P



Figur 3 Prognos över antal väntande >90 dagar 2024–2030 vid Medicinkliniken. Källa: Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg bilaga 1 sid 64 (4)

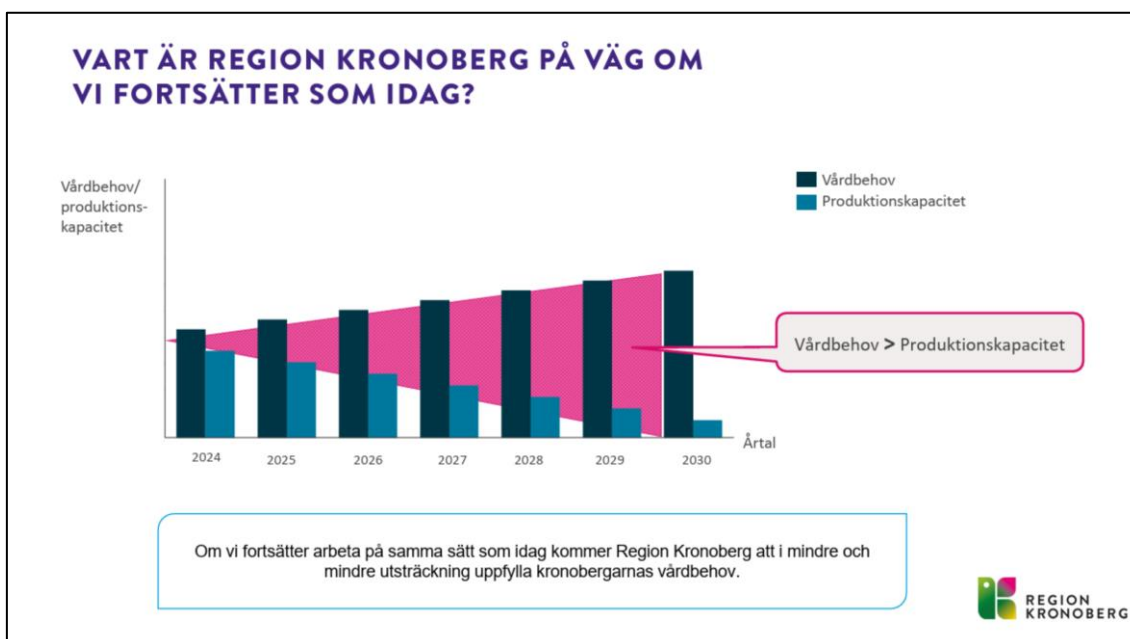


Figur 4 Utfall antal väntande på första besök >90 dagar december 2023 – december 2024 vid Medicinkliniken. Källa: Väntetider i vården (24)

### Presentationen av prognosen för regionstyrelsen ger en felaktig bild av framtidsutmaningens storlek

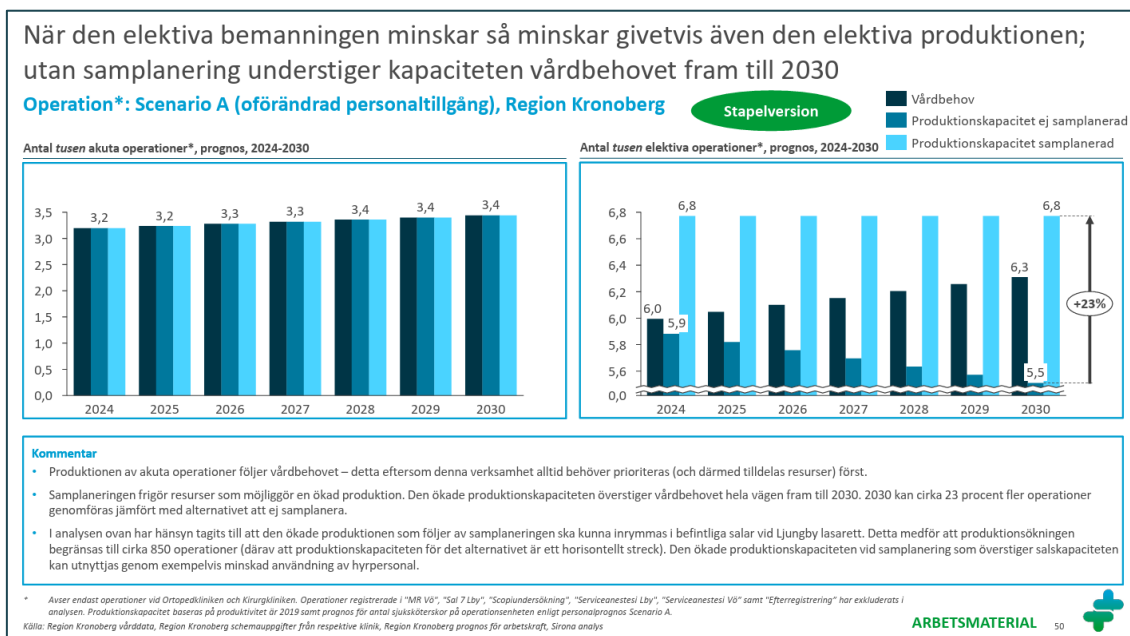
När förslaget om att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet presenterades för regionstyrelsen i maj 2024 (25) visade Sjukhusvårdens ledning i Region Kronoberg sin bild av "Vart är Region Kronoberg på väg om vi fortsätter som idag?" (se Figur 5)

Bilden som ges är av ett mycket snabbt växande gap mellan vårdbehov och produktionskapacitet vilket blir en viktig motivering till varför regionen behöver vidta åtgärden att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv vård.



Figur 5 Presentation av Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg för Regionstyrelsen 2024-05-28 (25)

Bilden saknar en exakt hänvisning till Sjukhusvårdens ledning i Region Kronobergs slutrapport, men det framstår som rimligt att den ska motsvara analysen av vårdbehov och produktionskapacitet av elektiva operationer i slutrapporten\* (1), se Figur 6.

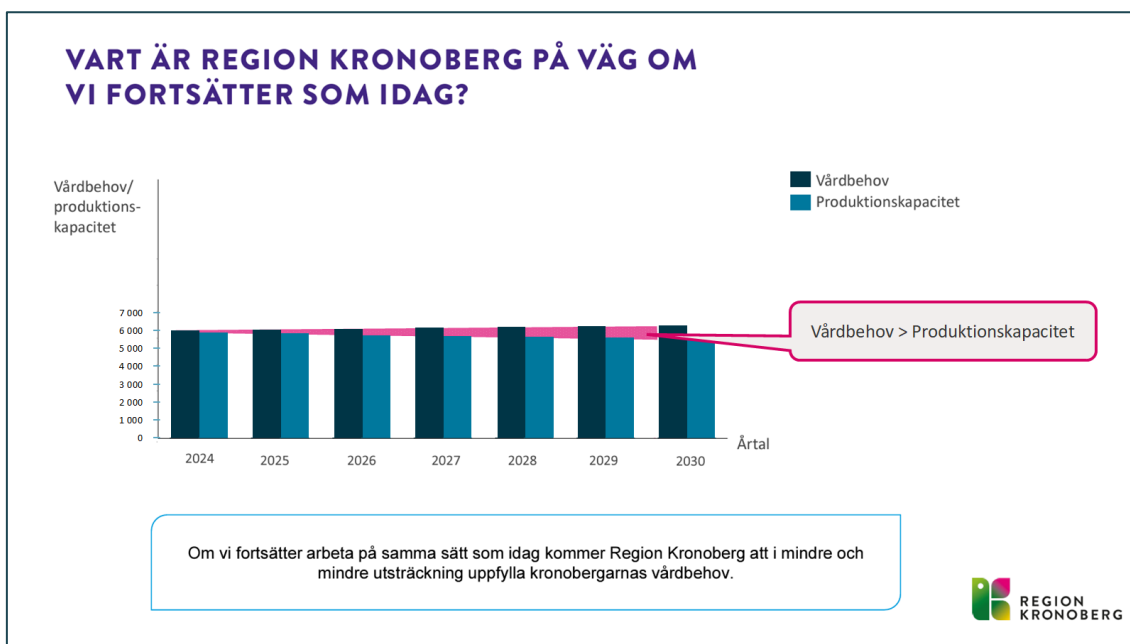


Figur 6 Prognos över gapet mellan vårdbehov och produktionskapacitet vid ortoped- och kirurgkliniker i Region Kronoberg. Källa: Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg bilaga 1 sid 50 (4)

\* I Sjukvårdens ledning i Region Kronobergs slutrapport anges att "När den elektiva bemanningen minskar så reduceras även den elektiva produktionen; utan samplanering understiger den elektiva kapaciteten vårdbehovet (bilaga 1, s49–50)."

Som kan ses i grafen på höger sida i Figur 6 så visas analysen av vårdbehov och produktionskapacitet av elektiva operationer i slutrapporten med en bruten Y-axel, något som inte framgår av den bild som visades för regionstyrelsen (Figur 5) och är något som i allmänhet bör undvikas. Om den bild som visades för regionstyrelsen istället för en bruten Y-axel hade haft en obruten Y-axel hade den sett ut ungefär som i Figur 7 nedan.

Om en sådan bild hade visats i presentationen av slutrapporten i maj 2024 så hade den inte gett intrycket av ett dramatiskt växande gap, vilket då inte heller hade kunnat fungera som en viktig motivering till varför regionen behöver vidta åtgärden att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv vård.



Figur 7 Bilden över gapet mellan vårdbehov och produktionskapacitet från presentation av Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg för Regionstyrelsen 2024-05-28 om Y-axeln inte varit bruten.

### Prognosen är gjord utifrån en felaktig tolkning av hälso- och sjukvårdslagen

En central utgångspunkt för de prognoser som görs i utredningen *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* är att akut vård ska prioriteras före elektiv vård.

- ”Den **akuta verksamheten prioriteras först**; givet oförändrad personaltillgång kommer den elektiva bemanningen därmed att minska med 2 resurser (-7 procent)” Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg (4) – sid 48
- ”Produktionen av akuta operationer följer vårdbehovet – detta eftersom **denna verksamhet alltid behöver prioriteras (och därmed tilldelas resurser) först.**” Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg (4) – sid 49, 50, 52, 53
- ”Produktionen av akuta besök följer vårdbehovet – detta eftersom **denna verksamhet alltid behöver prioriteras (och därmed tilldelas resurser) först.** Resterande resurser kan allokeras till elektiva besök, vilket innebär att

produktionskapaciteten för elektiva besök minskar från år 2024 till 2030.”  
Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg (4) – sid 59, 60

- ”Produktionen av akuta besök följer vårdbehovet – detta eftersom **denna verksamhet alltid behöver prioriteras (och därmed tilldelas resurser) först**. Resterande resurser kan allokeras till elektiva besök, vilket innebär att utvecklingen av produktionskapaciteten för elektiva besök inte följer vårdbehovet”  
Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg (4) – sid 62, 63
- ”Vid oförändrad personaltillgång kommer bemanningen inom det elektiva minska med 3 resurser (-21 procent) eftersom **akuta besök prioriteras före elektiva besök**.” Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg (4) – sid 58

I regionens rapporter återkommer denna tolkning och motiveras med att hälso- och sjukvårdslagen anger att den akuta vården ska prioriteras först (1,19).

- ”Om RgK fortsätter att leverera vård på samma sätt som idag, dvs. vid två akutsjukhus, kommer bristen på personal till den elektiva vården bli stor och öka över tid. Den **underliggande orsaken** till detta är att den **akuta vården**, helt **i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, ska prioriteras först**.” (1)
- ”**I enlighet med hälso- och sjukvårdslagen behöver resurserna prioriteras till de akuta flödena**, vilket medför att regionens elektiva köer växer och den köpta vården ökar. Hälso- och sjukvården har varken råd eller förutsättningar att fortsätta som idag.” (19)

Någon sådan prioritering återfinns dock inte i Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Det som anges i hälso- och sjukvårdslagen 3 kap. 1 § är att:

”Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.”

Hälso- och sjukvårdens prioriteringsgrunder återfinns i Betänkande 1996/97:14 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*. Av detta betänkande framgår att akut vård *inte* alltid ska prioriteras först. Istället anges fyra prioriteringsgrupper där akut vård återfinns såväl i prioriteringsgrupp I som i prioriteringsgrupp III.

Akut livräddande åtgärder (prioriteringsgrupp I) prioriteras **lika högt** som vård av svaga grupper, såsom svårt och långvarigt sjuka, patienter i livets slutskede och patienter med nedsatt förmåga till självbestämmande.

Vård av mindre svåra akuta sjukdomar (prioriteringsgrupp III) prioriteras, i tillägg till lägre än grupperna ovan, även *lägre* än prevention och habilitering/rehabilitering och **på samma nivå** som vård av mindre svåra kroniska sjukdomar.



*”Av människovärdes- och behov-solidaritetsprincipen följer att hälso- och sjukvården aldrig får prioritera efter schablonggränser för ålder eller levnadsvanor eller social ställning. Härav följer också att svaga grupper, såsom svårt och långvarigt sjuka, patienter i livets slutskede och patienter med nedsatt förmåga till självbestämmande ska prioriteras lika högt som patienter med behov av akut livräddande åtgärder.” (8)*

### **Varför spelar tolkningen av hälso- och sjukvårdslagen i prognosmodellen någon roll för förslaget om att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv vård?**

Eftersom de prognoser som ligger till grund för förslaget att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv vård utgår ifrån att akut vård alltid går före elektiv **överskattar** prognoserna de negativa konsekvenserna för den planerade vården i Region Kronoberg (till exempel förlängda vårdköer, beroende av köpt vård etcetera).

Prognoserna **underskattar** samtidigt framtida utmaningar i den akuta verksamheten (till exempel personaltillgång för akut verksamhet, förlängda väntetider på akutmottagning).

Detta medför att de konsekvensanalyser som görs av förslaget avseende exempelvis personalresurser och ekonomisk påverkan inte blir rättvisande.

Avslutningsvis kan det vara värt att notera att det i sammanfattningen av bilagan (4) till slutrapporten för *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* (1) står att:

*”Den underliggande orsaken till detta är att den akuta vården, helt i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen, **ofta konkurrerar ut den elektiva vården** när de resurser som finns behöver prioriteras.”*

Att akut vård inte alltid ska prioriteras före elektiv vård bör alltså inte varit okänt vid framtagandet av slutrapporten.

### **Det befolkningsunderlag som krävs för ett akutsjukhus är sannolikt överskattad**

I underlaget till rapporten *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* konstaterar man ett akutsjukhus behöver ha ett befolkningsunderlag på mellan 250 000 och 400 000 invånare för att det ska uppstå tillräckligt många fall som kräver vård på akutsjukhus (4). I detta och efterföljande utredningar (10,18) hänvisar regionen även till bedömningar i Danmark och England om att befolkningsunderlaget bör ligga på 200 000–400 000 invånare/akutsjukhus för att uppnå en tillräcklig patientvolym som kan säkerställa hög kvalitet på den sjukvård som bedrivs.

Detta blir ett argument för att Lasarettet Ljungby bör renodlas till elektiv vård.

Det går samtidigt att konstatera att år 2018 hade 54 av Sveriges 68 akutsjukhus (79 %) ett befolkningsunderlag på mindre än 200 000 invånare (26). De enda sjukhusen i Sverige med ett tillräckligt stort befolkningsunderlag för att säkerställa en hög kvalitet skulle ur detta perspektiv då vara universitetssjukhusen (exklusive Norrlands

universitetssjukhus och Sahlgrenska Universitetssjukhuset - Mölndal), Helsingborgs lasarett, Västerås lasarett, Danderyds sjukhus, S:t Görans sjukhus och Södersjukhuset.

Tabell 4 Akutsjukhus i Sverige med befolkningsunderlag på mindre än 200 000 invånare (26)

Alingsås lasarett	Mälarsjukhuset
Arvika sjukhus	Norrlands universitetssjukhus
Avesta lasarett	Norrtälje sjukhus
Blekingesjukhuset – Karlshamn	NU-sjukvården – Trollhättan
Blekingesjukhuset – Karlskrona	NU-sjukvården – Uddevalla
Enköpings lasarett	Nyköpings lasarett
Falu lasarett	Oskarshamns sjukhus*
Gällivare sjukhus	Piteå sjukhus
Gävle sjukhus	Sahlgrenska universitetssjukhuset – Mölndal
Hallands sjukhus – Halmstad	Skaraborgs sjukhus – Lidköping <sup>†</sup>
Hallands sjukhus – Varberg	Skaraborgs sjukhus – Skövde
Hudiksvalls sjukhus	Skellefteå lasarett
Höglandssjukhuset	Sollefteå sjukhus
Kalix sjukhus	Sunderby sjukhus
Karlskoga lasarett	Sundsvalls sjukhus
Karlstads sjukhus	Södertälje sjukhus
Kiruna sjukhus	Södra Älvsborgs sjukhus
Kristianstads sjukhus	Torsby sjukhus
Kullbergssjukhuset	Visby lasarett
Kungälvssjukhuset	Vrinnevisjukhuset
Lindesbergs lasarett	Värnamo sjukhus
Ljungby lasarett	Västerviks sjukhus
Lycksele lasarett	Växjö lasarett
Länssjukhuset Kalmar	Ystads lasarett
Länssjukhuset Ryhov	Ängelholms sjukhus
Mora lasarett	Örnsköldsviks sjukhus
Motala lasarett	Östersunds sjukhus

### Underlagen ger en missvisande beskrivning av riktlinjer för svensk intensivvård

I utredningen *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* (1) anges att i en kommande uppdaterad riktlinje 2024 från Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård kommer fyra platser rekommenderas. Detta resonemang återkommer därefter i regionens utredning *Framtidens sjukhusvård i Region Kronoberg* (18).

Som kan ses i jämförelsen nedan är regionens beskrivning av riktlinjen (17) missvisande då den saknar riktlinjens efterföljande mening. Riktlinjen säger **inte** att en avdelning med mindre än fyra platser **inte** rekommenderas – i stället säger riktlinjen att medarbetare på sådan avdelning ska ges förutsättningar att strukturerat få erfarenhet av större volymer intensivvårdspatienter (något som denna utrednings förslag i kapitel 2 tar hänsyn till).

\* Beslut om att stänga akutmottagningen fattades 2024

† Akutmottagning stängd 2023

*Beskrivning i regionens utredning*

"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.**" (18)



*Beskrivning i Riktlinjer för svensk intensivvård*

"En intensivvårdsavdelning bör som minst vara dimensionerad för och regelbundet kunna bedriva vård av **fyra samtidiga intensivvårdspatienter. Om detta inte är uppfyllt ska en sådan avdelning ge medarbetarna förutsättningar att strukturerat få erfarenhet av större volymer intensivvårdspatienter.**" (17)



En angränsande fråga om IVA:s storlek återfinns i presentationen för regionstyrelsen av *Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg* (25), se Figur 8. I presentationen anges att:

*"I nuläget har IVA CLV med 6 vårdplatser för få patienter för att verksamhetsförlagd utbildning för IVA-SSK-studenter ska få hållas".*

Detta är inte samma bedömning som återfinns i regionens slutrapport (1). Där står det istället att:

*"Intensivvårdsavdelningen vid CLV, med 6 vårdplatser, anses idag tveksamt uppfylla krav för VFU. Detta pga. för lågt antal patienter och därav få specifika vårdförlopp."*

Det är en skillnad på om VFU **inte ska få hållas** respektive att det idag är **tveksamt** om IVA vid Centrallasarettet Växjö uppfyller kraven för VFU.

Frågorna om Svensk Förening för Anestesi och Intensivvårds riktlinjer samt om VFU hade avgörande betydelse för förslaget om att samla intensivvården i regionen på Centrallasarettet Växjö:

*"Arbetsgruppen föreslår pga. ovanstående faktorer att i samplaneringen samla intensivvården i regionen på CLV då patientunderlaget i RgK inte är större." (1)*

Som noterats tidigare utgår alla scenarier i regionens fortsatta utredningar som presenterades i december 2024 från att intensivvårdsplatserna på Lasarettet Ljungby koncentreras till Centrallasarettet Växjö.

## KOMPETENSFÖRSÖRJNING INTENSIVVÅRDSAVDELNING RGK

- Enligt nyligen uppdaterade nationella riktlinjer från Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård bör en IVA ha minst 4 vårdplatser IVA i Ljungby har 2 vårdplatser.
- I nuläget har IVA CLV med 6 vårdplatser för få patienter för att verksamhetsförlagd utbildning för IVA-SSK-studenter ska få hållas.
- Genom att samla regionens patientunderlag vid CLV bedömer kliniken att rekryteringsmöjligheterna skulle gynnas.



Figur 8 Presentation av Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg för Regionstyrelsen 2024-05-28 (25)

### Förslaget att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv vård kommer sannolikt inte få önskad effekt

Förslaget att renodla Lasarettet Ljungby till enbart elektiv vård beskrevs i regionens slutrapport om samplanerad sjukhusvård ge flera positiva effekter (1):

*”Konsekvensanalys av de förflyttningar som sjukhusledningens arbetsgrupp föreslår förväntas leda till produktivitetsvinster på åtminstone 10%. Samplanering leder till stordriftsfördelar då samma vård kan levereras med färre antal personalresurser; på så vis är det en nyckel i att minska framtida rekryteringsbehov. Det genererar även positiva effekter när det gäller framtida lokalbehov och behov av medicinteknisk utrustning då dessa kommer kunna användas mer effektivt. Ytterst är den stora vinsten att den ökade kapaciteten kommer leda till förbättrad tillgänglighet och vårdkvalitet för länets invånare. Forskning visar att samplanering leder till färre skador då kompetensöverföring från seniora resurser till mer juniora stärks samt då vårdprocesser i högre grad standardiseras.”*

Det finns flera osäkerheter kring om dessa förväntade positiva effekter kommer att kunna uppnås, vilket beskrivs närmre i efterföljande avsnitt.

### Risk för att produktiviteten inte kommer att öka vid en renodling

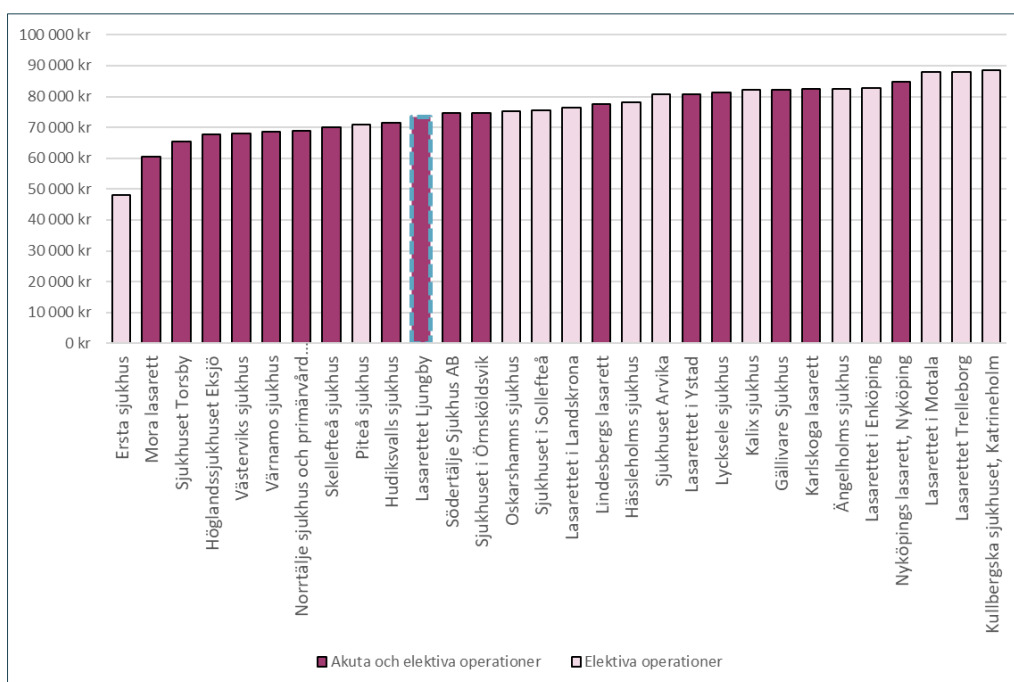
En central motivering till varför Lasarettet Ljungby bör renodlas till enbart elektiv vård är att detta förväntas leda till en ökad produktivitet, något som omnämns både i utredningen om samplanerad sjukhusvård (1) och återkommer i efterföljande rapporter från regionen under 2024 (18,19).

- ”Flytt av vård inom samma vårdnivå genom att separera akuta och planerade flöden, och koncentrera viss vård till det ena sjukhuset, ger positiva effekter. Konsekvensanalys av de förflyttningar som sjukhusledningens arbetsgrupp föreslår förväntas leda till produktivitetsvinster på åtminstone 10%” (1)
- ”Det inhämtade materialet visar att ett renodlat elektivt flöde på LL skulle öka produktionen av den elektiva vården i regionen.” (18)

Regionens ursprungliga externa utredning från 2023 (4) visar på att det finns ett visst stöd i tidigare internationell forskning för att en utflyttning av elektiv verksamhet från akutsjukhus kan medföra produktivitetsökningar. Exempelvis talar en refererad studie av Freeman et al. 2021 (27) för detta, men då utifrån ett scenario där det är den elektiva vården som skiftas ut (till skillnad från Lasarettet Ljungby där den akuta vården föreslås skiftas ut). I tillägg hanteras den utskiftade vården i artikelns scenario av specialiserade verksamheter som enbart fokuserar på en enskild specialitet, snarare än på ett samlat elektivt sjukhus. Detta är i linje med en annan av de studier som refereras i regionens rapport som drar slutsatsen:

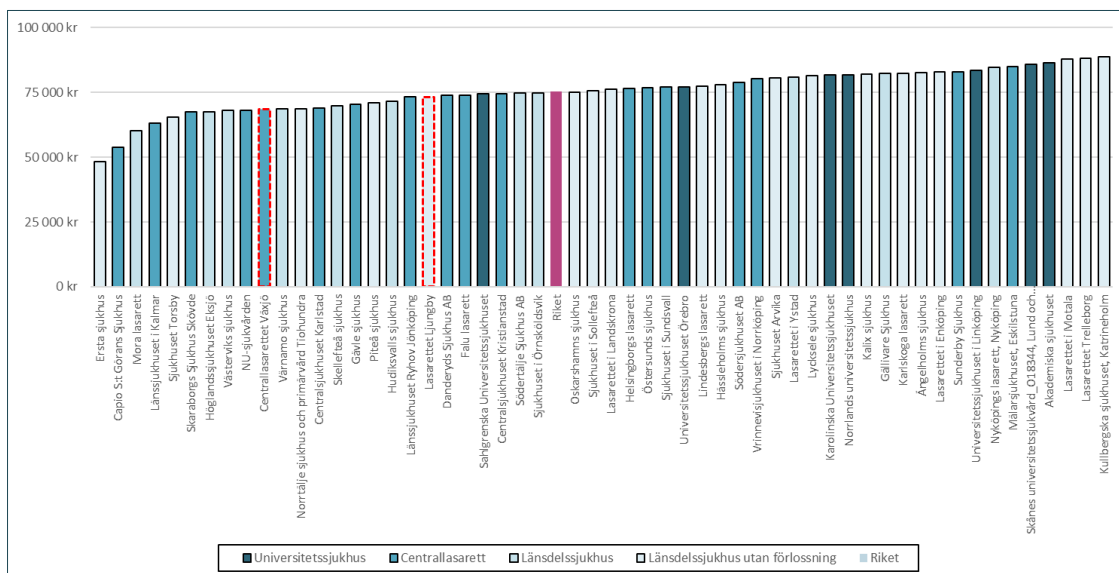
*”Eftersom mindre sjukhus kan specialisera sig för att uppnå höga volymer inom specifika kirurgiska ingrepp, innebär en högre kirurgisk volym inte nödvändigtvis att sjukhuset är större. Resultaten tyder dock på att en koncentration av kirurgiska volymer till ett fåtal, väl fokuserade vårdenheter – oavsett om dessa tillhör stora allmänsjukhus eller mindre specialiserade sjukhus – leder till förbättrad kvalitet och lägre kostnader per operation.” (28).*

För att ur svenskt perspektiv kunna bedöma den förväntade effekten på produktivitet av att renodla verksamheten i Ljungby går det jämföra de sjukhus i Sverige som i dag genomför enbart elektiva, eller både akuta och elektiva operationer. Enligt Svenskt perioperativt register (SPOR) finns det trettio länsdelssjukhus (den typ av sjukhus som Lasarettet Ljungby tillhör) i Sverige som genomför operationer. Av dessa genomför 17 sjukhus både akuta och elektiva operationer; 13 sjukhus genomför enbart elektiva operationer. En sådan jämförelse återfinns i Figur 9 och visar att de länsdelssjukhus som utför både akuta och elektiva operationer har en *högre produktivitet* än de länsdelssjukhus som enbart utför elektiva operationer.



Figur 9 Kostnad per producerad DRG-poäng i slutna sjukhusvård år 2023 för länsdelssjukhus uppdelat på om de utför både akuta och elektiva operationer eller enbart elektiva. Kategorisering av sjukhus enligt SPOR Register. Källa: KPP-databasen, Svenskt perioperativt register (SPOR)

Statistik från SPOR visar även att både Lasarettet Ljungby och Centrallasarettet Växjö har en god produktivitet då de ligger under riksgenomsnittet avseende kostnaden per producerad DRG-poäng\* (se Figur 10).



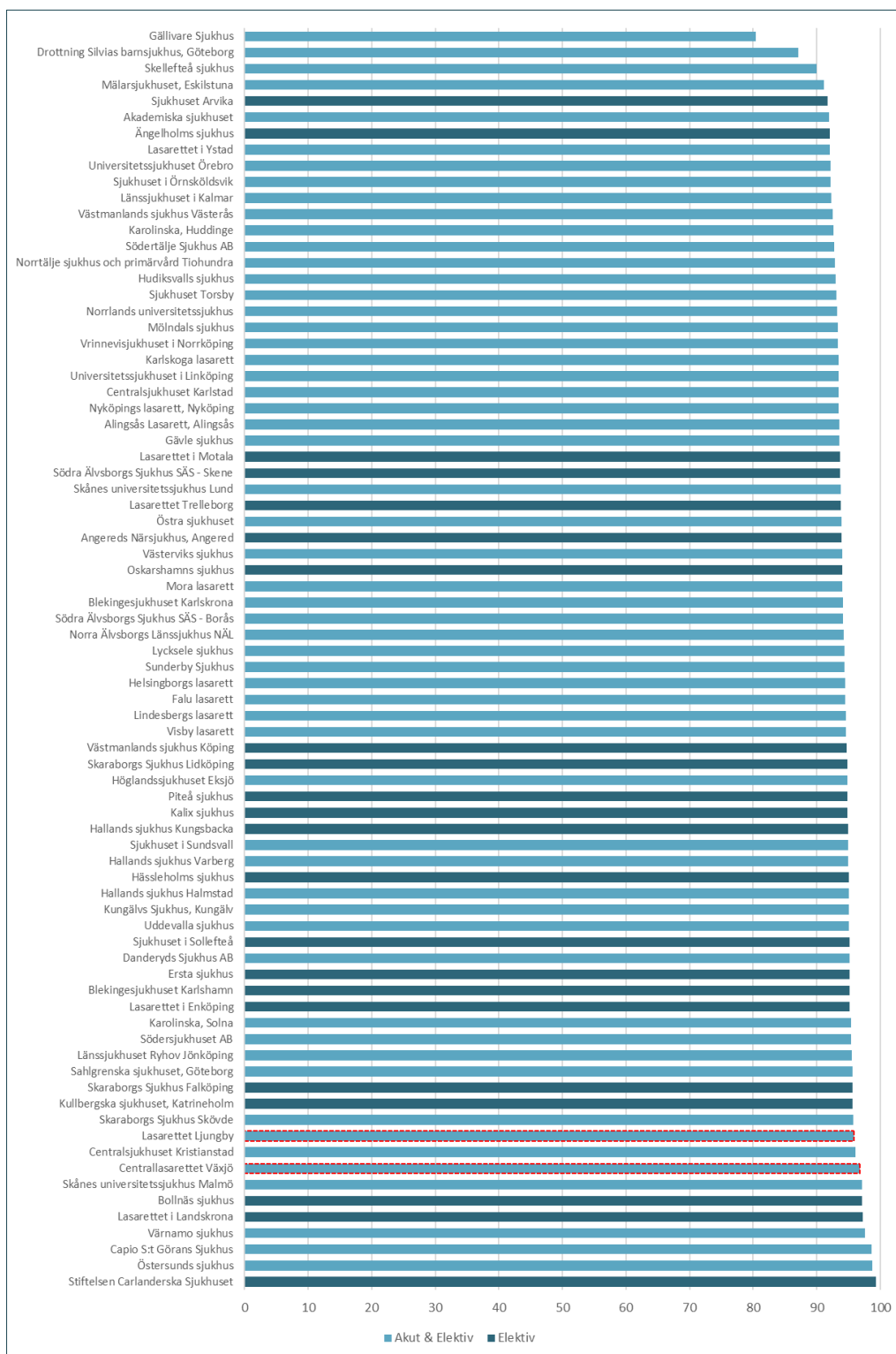
Figur 10 Kostnad per producerad DRG-poäng i slutenvård i Sverige år 2023. Kategorisering av sjukhus enligt SPOR. Källa: KPP-databasen, Svenskt perioperativt register (SPOR)

Antagandet i regionens utredningar om att produktiviteten på Lasarettet Ljungby skulle öka vid en renodling förklaras av att en renodling skulle innebära minskade störningar för det elektiva flödet:

*”Ett renodlat elektivt sjukhus medför att det dagliga elektiva flödet inte riskerar störningar på samma sätt som när akuta ingrepp kan komma emellan. Det skulle kunna innebära ett effektiviserat flöde och en möjlighet till specialisering på vissa ingrepp.” (19)*

Att störningar av det elektiva flödet skulle minska signifikant vid en renodling framstår som osannolikt då Lasarettet Ljungby tillhör de sjukhus i landet som har allra högst andel elektiva operationer utförda utan störning (95,9 % år 2024). Detsamma gäller för Centrallasarettet Växjö där 96,8 % av de elektiva operationerna år 2024 kunde utföras utan störning, se Figur 11.

\* DRG (Diagnosrelaterade grupper) är ett system för patientklassificering där medicinskt likartade vårdkontakter som är ungefär lika resurskrävande, sorteras in i en och samma grupp. 1 DRG-poäng motsvarar den genomsnittliga resursförbrukningen för en standardiserad vårdepisod inom sjukvården. Resurskrävande vårdkontakter ges en högre poäng och omvänt för mindre resurskrävande vårdkontakter. För år 2025 ges exempelvis Lungtransplantation (DRG: Do1N) vikten 17,8 medan en icke-komplicerad mindre tunn- och tjocktarmsoperationer har vikten 1,2 och ett läkarbesök i öppenvården av ett barn vid buksmärta har vikten 0,06.



Figur 11 Andel elektiva operationer utförda utan störning år 2024. Källa: Svenskt perioperativt register

Bilden av relativt hög produktivitet på Lasarettet Ljungby bekräftas i intervjuer med medarbetare, som lyfter fram en lång tradition av effektiv verksamhet. Medarbetare beskriver en arbetsplats där processer och arbetssätt redan till stor del är optimerade. I stället uttrycks en oro för att en omställning till renodlad elektiv vård kan leda till en

försämrad vårdproduktion och svårigheter att upprätthålla den höga kvalitet som verksamheten hittills kännetecknats av.

*”Ljungby har alltid haft mycket hög produktivitet och legat billigare än snittet. Men löpande band-operationer försämrar arbetsmiljön och drar inte till sig de mest motiverade läkarna. All kirurgi kan inte heller standardiseras som knä- och höftoperationer. Det går inte att räkna på den sortens produktivitetsvinster”*

Överläkare, Lasarettet Ljungby

En viktig aspekt som beskrivs i intervjuer är att Lasarettet Ljungby historiskt har haft korta beslutsvägar, en överskådlig verksamhet och en stark personkänedom mellan olika yrkesgrupper. Dessa faktorer beskrivs ha möjliggjort snabba beslut och flexibla lösningar där verksamheten har kunnat anpassas efter tillgängliga resurser. Medarbetare lyfter särskilt fram hur operationsscheman kunnat optimeras genom att schemaläggningen har utgått från operationsteamens unika kompetenser, vilket har bidragit till en effektiv verksamhet.

*”I en mindre och samkörd organisation har man mycket mer flexibilitet – alla vet vad alla kan och man vill hjälpa varandra. Men ju mindre inblick man har i flödena, desto mindre engagerad blir man”*

Läkare, Lasarettet Ljungby

Vidare berättar medarbetare om att det har funnits en stark samhörighetskänsla bland vårdpersonalen, vilket skapat en hög grad av flexibilitet och engagemang. Exempelvis har personal regelbundet ställt upp och arbetat över för att undvika att operationer ställs in, något som beskrivs ha bidragit till en stabil och effektiv vårdproduktion.

### **Risk att förslaget leder till försämrad vårdkvalitet och tillgänglighet**

Den yttersta vinsten som förslaget om att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet beskrivs leda till är en förbättrad tillgänglighet och vårdkvalitet för länets invånare (1).

Förslaget om renodling innebär samtidigt flera risker för såväl vårdkvalitet som tillgänglighet. En uppenbar konsekvens av förslaget är att avståndet till akut vård för invånare i västra Kronoberg kommer att öka. En stängning av akutmottagningen vid Lasarettet Ljungby innebär exempelvis att resvägen till närmsta akutmottagning i regionen ökar för invånare i Markaryd från fem till elva mil, vilket motsvarar en total restid på cirka 80 minuter. För boende i Ljungby ökar resvägen från noll till sex mil, eller med 47 minuter.

Endast fem procent av Sveriges befolkning har en restid som överstiger 45 minuter till närmaste akutmottagning (26), vilket kommer att bli fallet för både Ljungby och Markaryd om akutmottagningen i Ljungby stängs. Den genomsnittliga restiden till

närmaste akutmottagning i Sverige är 15 minuter (26). Om akutmottagningen i Ljungby stängs kommer en betydligt större andel av befolkningen i Kronobergs län att få en restid som ligger över riksgenomsnittet.

Alternativet att söka vård utomläns innebär fortsatt långa resvägar, exempelvis 53 minuter från Markaryd till Halmstad och 32 minuter från Ljungby till Värnamo. Det skulle också innebära att regionen gör sig beroende av akutsjukvården i andra regioner. I regionens rapport från december 2024 konstateras också att:

*”det kan förväntas att en ökad andel kritiska patienter kommer behöva köras utomläns.”* (10)

Längre avstånd till akutvård kan leda till att patienter väntar för länge med att söka vård, vilket i sin tur kan leda till allvarigare tillstånd vid ankomst till sjukhus. Tidigare forskning talar för att när avståndet till vård ökar, ökar även risken för undvikbara vårdförseningar (29–32). Mindre allvarliga, men behandlingsbara tillstånd, kan förvärras till följd av att patienter inte söker vård i tid.

Efter stängningen av akutmottagningen i Lidköping år 2023 noterade akutmottagningen i Skövde exempelvis att patienterna som kom in efter nedläggningen var färre men sjukare än tidigare (33). Läkare beskrev att patienter väntade längre hemma och därmed sökte vård i ett senare skede av sjukdomsförloppet, vilket innebar större vårdbehov och sämre behandlingsresultat.

*”Man väntar längre hemma vilket gör att man blir sjukare innan man söker vård. Det var inte direkt så att vi hade många som sökte akutvård i onödan tidigare”* (33)

För akut sjuka patienter innebär längre avstånd till sjukhus en försämring av patientsäkerheten. Tillgång till intensivvård och akut omhändertagande är avgörande vid många allvarliga tillstånd, och det finns begränsningar i vad som kan hanteras prehospitalt. Prehospitala bedömningar är komplexa, och forskning visar att feldiagnostisering eller utebliven vård kan leda till allvarliga konsekvenser (8). Ambulanssjukvårdens hänvisningar av patienter till annan transport, vårdnivå eller egenvård ses som ett särskilt riskmoment för patientsäkerheten (34). Särskilt utsatta är patienter med tidskritiska diagnoser, där varje minuts fördröjning kan påverka utfallet (8).

Erfarenheterna från Lidköping visar även på dessa risker. Efter att akutmottagningen stängdes, rapporterade läkare att transportavstånden till Skövde ökade risken för vårdskador och dödsfall. Läkare efterfrågade att IVO skulle genomföra en utredning av patientsäkerheten, och i efterhand bekräftades att patienter drabbats av onödiga förseningar i vårdförloppet (35). Personal uppmärksammade även att patienter i vissa fall fått vänta orimligt länge på ambulans, och uppgav att det endast var en tidsfråga innan allvarliga konsekvenser skulle inträffa (36).

Om intensivvårdsavdelningen vid Lasarettet Ljungby stängs, kommer alla patienter med intensivvårdsbehov att behöva transporteras akut till Centrallasarettet Växjö. Detta innebär flera patientsäkerhetsrisker. De risk- och konsekvensanalyser som genomförts i Ljungby har identifierat flera patientsäkerhetsutmaningar som en konsekvens om intensivvården stängs. Det har bland annat lyfts fram att (37–39):

- Akutmottagningen i Ljungby kan inte bedriva en fullgod akutsjukvård utan stöd av en lokal intensivvårdsenhet.
- Stabilisering av patienter med sviktande vitala funktioner utan IVA kan bli svår, vilket ökar risken för komplikationer vid transport.
- Ambulansresurser kan bli överbelastade, särskilt vid flera samtidiga högprioriterade larm, vilket kan försena akuta insatser.
- Osäkerhet kan uppstå kring vilka sjukhus som ska ta emot patienter vid resursbrist.

### **Risk för ökad belastning och försämrad vårdkvalitet vid Centrallasarettet Växjö**

Även Centrallasarettet Växjö kan påverkas negativt av förslaget om renodling. Väntetiderna vid akutmottagningen i Växjö är redan långa, och sjukhuset är inte dimensionerat för att hantera det ökade patientinflöde som kan bli en följd om Lasarettet Ljungby renodlas till elektiv vård (10,18). Det finns därmed en risk att vårdbehovet i regionen inte kan mötas på ett tillfredsställande sätt.

En av de mest påtagliga konsekvenserna av förslaget rör akutmottagningen vid Centrallasarettet Växjö. Denna riskerar att överbelastas, vilket kan leda till längre väntetider och sämre vårdkvalitet. Även ambulansverksamheten bedöms inte vara rustad för en stängning av akutmottagningen i Ljungby.

*”...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.” (18)*

*”Att centralisera akutverksamheten till CLV skulle kräva kapacitetsökning på akutmottagningen och vårdavdelningar på CLV [...] Akutmottagningen är idag inte dimensionerad för att ta emot det ökade inflödet som blir om LL:s akutmottagning stängs dygnet runt. [...] En översyn av såväl lokaler som bemanning på CLV skulle således krävas.” (10)*

*”Sammantaget bedöms inget av scenarierna vara hanterbart för ambulansverksamheten med nuvarande ordinarie nivå av resurser” (10)*

Tidigare forskning visar att överbelastade akutmottagningar är kopplade till ökad dödlighet, särskilt vid akuta tillstånd som hjärtinfarkt (40). Studier visar även att mortaliteten vid akuta hjärtinfarkter kan öka under en övergångsperiod när avståndet till akutsjukhus ökar, vilket tidigare har observerats i Sverige vid nedläggning av akutmottagningar (41).

Erfarenheterna från Lidköping pekar på liknande risker. Vid Skövdeakuten, där patientinflödet ökade efter att akutmottagningen i Lidköping lades ner, beskrivs en situation med högt tryck, långa väntetider och ökad belastning på personalen (42). Ett år efter stängningen konstaterades fortfarande en ansträngd situation, och verksamhetschefen menade i efterhand att man borde ha hanterat förändringen annorlunda (43). Beskrivna konsekvenser för vårdkvaliteten inkluderar att fler patienter

fått vänta länge på vård, klagomål som ökat med 40 procent och dödsfall som anmälts till IVO där sjukhusets egna utredning talar för att omorganisationen kan ha spelat en roll (43,44).

### **Risk för negativa effekter på kompetensförsörjning**

Tidigare erfarenheter visar på överskattningar av hur mycket personal som följer med vid sammanslagningar och att kompetensbristen oftast förvärras på sikt (45,46). Även här kan nedstängningen av akutmottagningen i Lidköping år 2023 ses som ett akutellt exempel.

Vid nedläggningen av Lidköpings akutmottagning flyttade mindre än hälften av personalstyrkan med till akuten i Skövde. Ett år senare var knappt någon personal från Lidköping kvar.

*”Vi är realistiska och förstod tidigt att inte alla skulle följa med i flytten”*

HR-chef, Skövde (47)

*”Man beräknade att ungefär hälften ... skulle följa med. I praktiken blev det inte så. I dag är det nog i princip inga från Lidköping kvar i Skövde.”*

Verksamhetschef Akut och ambulans (43)

*”Jag har inget förtroende för ledningen. Man gick vidare med beslutet trots att både vi och konsekvens- och riskanalyser pekade på stora risker. Man ville inte lyssna på oss, jag vill inte arbeta i en sådan verksamhet”*

Narkosläkare (43)

Nedläggningen av Lidköpingsakuten skapade också en ökad belastning på akutmottagningen i Skövde, vilket resulterade i arbetsmiljö- och kompetensförsörjningsproblem även där (42).

Att det finns en risk för ett kompetenstapp vid en renodling av Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet bekräftas i regionens egen utredning från december 2024 (18):

*”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.”*

Intervjuer med medarbetare vid Lasarettet Ljungby talar för att de föreslagna förändringarna inte har en bred förankring i verksamheten. Tvärtom uppfattas de av många som en försämring av arbetsmiljön och en risk för att vårdkvaliteten ska påverkas negativt. Samverkan och dialog med medarbetare har identifierats som viktiga faktorer

för att skapa en hållbar kompetensförsörjning (22,23), men i framtagandet av förslaget om renodling av lasarettet till elektiv verksamhet involverades inte vårdpersonalen i Ljungby. Bristen på samverkan och dialog kan på sikt leda till sämre arbetsmiljö och försämrade möjligheter att attrahera och behålla kompetent personal.

### **Risker kopplade till beredskap**

Det svenska samhället befinner sig i ett skärpt säkerhetspolitiskt läge, med ökade krav på beredskap inom hälso- och sjukvården. Försvarsberedningen beskriver det säkerhetspolitiska läget som det allvarligaste sedan andra världskrigets slut, och har gått ut med att den svenska sjukvårdens kapacitet för att ta hand om ett stort antal skadade måste stärkas. Den enskilt viktigaste faktorn för att säkra sådan beredskap är förmågan till att uthålligt öka antalet vårdplatser, särskilt för akutkirurgi och intensivvård, och regionerna uppmanas att ha möjligheten att vid krig kunna dubblera antalet fysiska vårdplatser (11).

För att klara en sådan kapacitetsökning krävs tillgänglig personal, lokaler, utrustning och styrning. Ansvarsfördelningen i krisberedskap från tre grundprinciper (11):

- Ansvarsprincipen – den som vanligtvis ansvarar för verksamheten, bör även göra det i tider av störningar i samhället.
- Närhetsprincipen – störningar bör hanteras där de inträffar.
- Likhetsprincipen – verksamheten ska så långt som möjligt likna ordinarie verksamhet.

Mot bakgrund av dessa principer kan konstateras att en renodling av verksamheten vid Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet riskerar att minska regionens beredskap. I händelse av kris i västra delarna av regionen kommer regionen antingen behöva gå emot närhets- eller likhetsprincipen för att tillhandahålla akut- och intensivvård till invånarna.

### **Förslaget om renodling följer det mönster där nedläggning av ett mindre sjukhus görs med förhoppning om förbättringar som sedan inte uppnås i praktiken**

#### **Mindre sjukhus hotas av nedläggning runt om i världen**

Mindre sjukhus, särskilt på landsbygden, hotas av nedläggning runt om i världen och debatteras i bland annat England, Tyskland, Kanada och Frankrike (45). Narrativet kretsar oftast runt tre generella utmaningar för hälso- och sjukvårdssystemet – kostnader, kvalitet och kompetensförsörjning (45). Förhoppningen är att en nedläggning av ett mindre sjukhus eller en sammanslagning med ett större sjukhus ska lösa dessa problem, något som sällan nås i praktiken (45,46).

#### **I Sverige är frågan om nedläggning av mindre sjukhus aktuell igen efter femton år utan sjukhusnedläggningar**

Frågan om nedläggning av mindre akutsjukhus har återigen aktualiserats i Sverige efter en period på femton år utan sjukhusnedläggningar (48). Sedan år 1970 har totalt 39 akutsjukhus lagts ner i landet, fördelat på två vågor av nedläggningar. Den första skedde under åren 1970–1974, då personalbrist angavs som främsta skäl, medan den andra

perioden, mellan åren 1995 och 2004, motiverades av ekonomiska skäl. Mellan år 2010 och 2022 skedde inga nedläggningar av akutsjukhus i Sverige, men i takt med regionernas alltmer ansträngda ekonomier har frågan om akutsjukhusens framtid återigen blivit aktuell (48).

Under de senaste två åren har flera förändringar genomförts och ytterligare nedläggningar utreds. År 2023 lades akutmottagningen i Lidköping ner, vilket var den första stängningen av en dygnet-runt-verksamhet på femton år (47). År 2024 beslutades att Oskarshamns sjukhus skulle omvandlas till ett närsjukhus utan akutverksamhet (49), och en utredning från i år föreslår omfattande förändringar vid Sollefteå sjukhus, inklusive nedläggning av IVA, IMA och operationsverksamheten (50). Vid författandet av denna rapport pågår utredningar av akutverksamheten vid sjukhusen i Arvika, Köping, Lindesberg och Ljungby.

Diskussionerna kring nedläggningar av mindre akutsjukhus följer samma argumentationslinjer som internationellt, där frågor om vårdkvalitet, tid till behandling och kostnader lyfts fram som avgörande faktorer (45).

### **Inriktningen Lasarettet Ljungby som renodlad elektiv verksamhet saknar politisk förankring**

När slutrapporten om samplanering presenterats så angav den politiska majoriteten i Kronoberg att man önskade se alternativ till förslaget om att renodla Lasarettet Ljungby till elektiv verksamhet med inriktningen att behålla två akutsjukhus i Kronoberg.

*”Vi i den politiska majoriteten är dock eniga om att undersöka alla möjligheter att behålla två akutsjukhus i Kronoberg”*

Henrietta Modig Serrate (S), ordförande i regionstyrelsen

*”Bland annat vill vi utreda alternativa lösningar för att organisera akutflödet, för att kunna bibehålla en så hög tillgång till akutsjukvård som möjligt på Ljungby lasarett – utan att riskera tillgängligheten till den planerade vården”*

Ida Eriksson (M), ordförande i hälso- och sjukvårdsnämnden

Även partierna i den politiska oppositionen i Region Kronoberg har uttryckt att de önskar att akutmottagningen och intensivvårdsavdelningen i Ljungby ska finnas kvar.

## Regionförslag 2: Stäng intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid

I regionens utredning *Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutmottagning-JLC* presenteras detta förslag som ”**Scenario ett - Reducerade öppettider på akutmottagningen på Ljungby lasarett**” (10). Scenariot innebär reducerade öppettider på akutmottagningen på Lasarettet Ljungby (öppet varje dag från ca 07.30-18.00) och utgår ifrån att intensivvårdsplatserna på Lasarettet Ljungby koncentreras till Centrallasarettet Växjö.

### Förslaget har flera risker och kommer sannolikt inte leda till större resursbesparingar

Nedan sammanfattas analysen av förslaget om att stänga intensivvårdsavdelningen helt och akutmottagningen nattetid. Resultatet av analysen är i flera avseenden en invertering av de överväganden som gjordes i framtagandet av denna utrednings förslag om Lasarettet Ljungbys framtida utformning (för mer detaljerade beskrivningar av dessa överväganden se *Kapitel 2: Överväganden i utformning av målbilden*).

- En nedstängning av IVA bedöms få stora konsekvenser för den akutsjukvård som bedrivs. Bland annat allvarlig risk att akutens personal saknar nödvändig kompetens för att stabilisera akut sjuka patienter inför transport alternativt binds upp under längre tidsperioder för att övervaka dessa patienter, på bekostnad av övrig akutvård.
- En nedstängning av IVA riskerar även att leda till att en stor förlust av intensivvårdssköterskor, då det skapar en oattraktiv arbetsmiljö för intensivvårdsutbildad personal. Detta skulle få stora konsekvenser även för stabiliserings- och pre- och postoperativa vårdplatser och i förlängningen all akut och kirurgisk verksamhet vid lasarettet.
- En av de största utmaningarna med att stänga akuten nattetid är att patienter sannolikt kommer att söka sig till akutmottagningen även utanför dess öppettider. En nattstängning skulle därmed innebära att dessa patienter riskerar att inte få vård i tid, alternativt att de måste omhändertas utanför gängse rutiner vid sjukhuset eller av ambulanspersonal.
- Det varierande inflödet av patienter till akutmottagningen kvällstid riskerar att innebära att personalen inte kommer att kunna avsluta sina arbetspass i tid, trots att verksamheten formellt stänger under natten.
- Förslaget utgår ifrån att nuvarande sjukhusstruktur i Region Kronoberg med ”Ett sjukhus – Två adresser” bibehålls. Bristen på lokalt ledarskap i Ljungby med mandat och ansvar uppges vara en viktig orsak till att flera medarbetare slutat. De nuvarande sammanslagna klinikerna beskrivs ha skapat misstro mellan verksamheter på de två adresserna, snarare än underlättat samarbeten.
- Ljungby kommun har genomfört en egen risk- och konsekvensanalys av regionens förslag (9). Kommunens analys pekar på flera risker inklusive ökat tryck på äldreomsorg, hemsjukvård och räddningstjänst, förskjutning av kostnader från regionen till kommunerna och risk för minskad attraktivitet för nya invånare och företag.

- En nedstängning av akutmottagningen nattetid skulle sannolikt inte leda till några större resursbesparingar. Lasarettet Ljungby kommer även fortsatt behöva ha akutberedskap, bildiagnostik och provtagning nattetid för att kunna upprätthålla en patientsäker slutenvård. Dessutom skulle en nattlig stängning förutsätta en förstärkt ambulansverksamhet, för att kunna hantera de patienter som annars hade sökt sig till akuten. Detta kan i praktiken innebära en omfördelning av resurser snarare än en faktisk besparing, samtidigt som det skapar en större osäkerhet kring patientsäkerheten och vårdtillgången för invånarna under nattetid.

### **En nedskärning av akut- och intensivvårdsverksamhet skulle uppfattas som en fortsättning på en succesiv nedmontering av Lasarettet Ljungby**

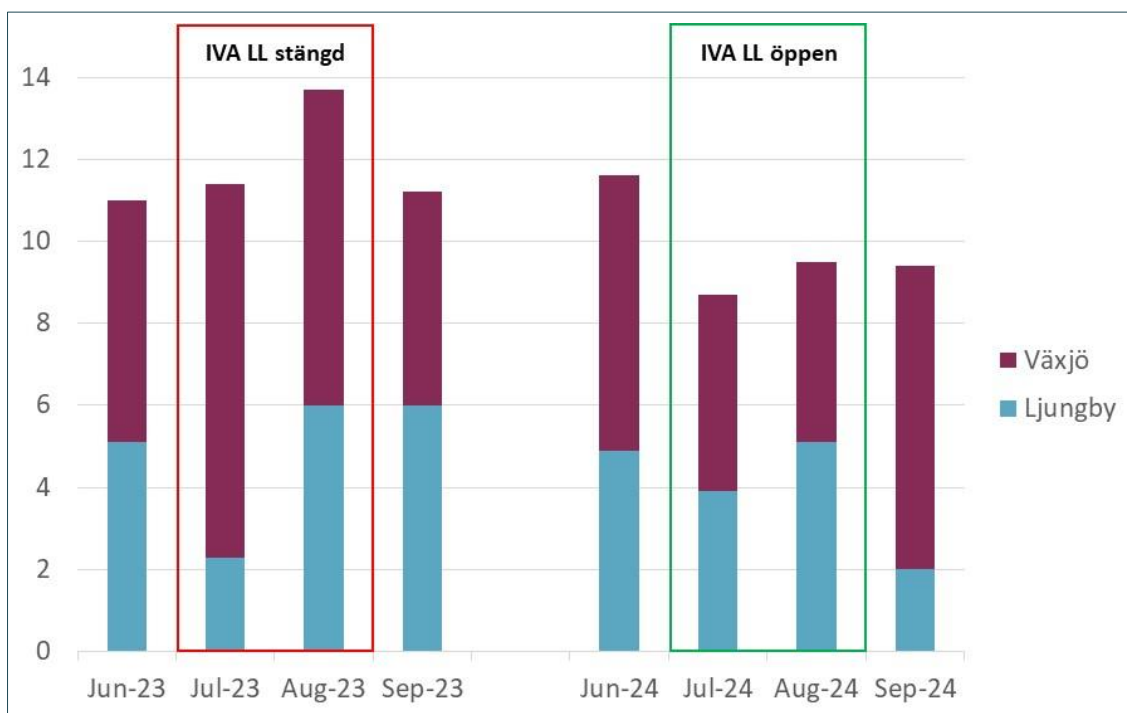
Ett beslut om att avveckla IVA och stänga akutmottagningen nattetid skulle vara en fortsättning på en längre tids utveckling av gradvis nedmontering av Lasarettet Ljungby. Sedan år 2007 har verksamheten minskats bit för bit, vilket beskrivs ha påverkat vårdkvaliteten, arbetsmiljön och invånarnas tillgång till vård. Även om varje enskilt beslut har motiverats av specifika omständigheter, såsom personalbrist eller ekonomiska besparingar, och ibland positionerats som tillfälliga, följer de ett mönster som kan ses inför andra nedläggningar av akutsjukhus i Sverige (48).

I intervjuer uppger flera respondenter att startpunkten för den negativa utvecklingen i Ljungby inleddes med att förlossningsavdelningen (BB) stängdes år 2007. Beslutet motiverades av svårigheter att rekrytera barnmorskor och läkare efter att Socialstyrelsen riktat kritik mot verksamheten (51). Sjukhusledningen hade vidtagit åtgärder för att höja kvaliteten, men regionen valde att inte arbeta med tillfälliga lösningar och beslutade istället att avveckla BB. Regionstyrelsens ordförande betonade vid tidpunkten att detta inte skulle leda till fler nedläggningar (52). Tvärtom framhölls att opererande specialiteter skulle utvecklas och att akutverksamheten skulle bevaras.

Nästa centrala del i upplevelsen av en succesiv nedmontering av lasarettet består av sammanslagningen mellan Lasarettet Ljungby och Centrallasarettet Växjö. År 2010 valde landstingsdirektören att gå vidare med ett tidigare förslag om en sammanslagning av Lasarettet Ljungby och Centrallasarettet Växjö, vilket innebar att båda sjukhusen skulle ingå i en gemensam förvaltning och ledning. Sammanslagningen innebar att flera kliniker slogs ihop. Efter detta har fler kliniksammanslagningar följt. Bland annat slogs medicinklinikerna samman år 2021 (18). Dessa förändringar har bidragit till en utveckling där Lasarettet Ljungbys identitet och profil som självständigt sjukhus gradvis har minskat, och där beslutsfattandet i allt högre grad har centraliserats till Växjö.

Under de senaste åren har akut- och intensivvården i Ljungby stängts tillfälligt med hänvisning till personalbrist vid tre olika tillfällen. År 2023 stängdes lasarettets två intensivvårdspplatser under åtta veckor över sommaren (53). Befolkningen uttryckte en oro för att detta var ett första steg mot en fullständig nedläggning av sjukhusets akutverksamhet, och över 2 000 personer deltog i en manifestation för att bevara Lasarettet Ljungby som akutsjukhus (54,55). I samband med detta utlovade politiska företrädare att Lasarettet Ljungby skulle finnas kvar som akutsjukhus (54). Det kan noteras att under de månader när intensivvårdspplatserna i Ljungby var stängda var det

totala antalet hyrsjuksköterskor på IVA i regionen högre än månaden innan och efter samt i även förhållande till sommaren efter när IVA var öppet (se Figur 12).



Figur 12 Totalt antal hyr sjuksköterskor på 0101130 SHV IVA Växjö och 0101230 SHV IVA Ljungby.  
Källa: Data från Region Kronoberg

Under sommaren 2024 tvingades akutmottagningen begränsa sin verksamhet och hålla stängt under kvällar och helger i tio veckor (55). Även denna gång angavs personalbrist som skäl för beslutet. Denna motivering ifrågasattes av Vårdförbundet som menade att rekrytering hade varit möjlig om bättre löner och villkor erbjudits (55). Situationen beskrevs som mycket bekymmersam, och eftersom Centrallasarettet Växjö var hårt belastat kunde ingen personal därifrån bidra till bemanningen i Ljungby (55).

Senare under år 2024 beslutade Region Kronoberg om ytterligare en tillfällig stängning av IVA i Ljungby (56). Stängningen innebär patienter i behov av intensivvård från den 17 december 2024 transporteras till Växjö. Beslutet gäller under fyra månader och togs med hänvisning till brist på intensivvårdssjuksköterskor (57).

## Att stänga intensivvårdsavdelningen helt och akuten nattetid går i linje med det mönster som brukar ses vid sjukhusnedläggningar

### Mönster vid sjukhusnedläggningar – en gradvis nedmontering av akutvården

Erfarenheter från tidigare stängningar av akutsjukhus visar att dessa ofta följer ett återkommande mönster. Kjell Asplund har i en artikel i Läkartidningen beskrivit hur sjukhusnedläggningar både i Sverige och internationellt följer en typisk process där nedskärningar inleds med utredningar om sjukhusvårdens framtid, följt av nedläggning av förlossningsvården och växande protester (48). Därefter sker en successiv nedmontering av akutverksamheten, ofta genom att skapa hybridmodeller där

sjukhusets funktion gradvis förändras. Dessa modeller blir sedan sällan långsiktigt hållbara (48).

Ett konkret exempel på en sådan utveckling kan ses vid Oskarshamns sjukhus, där en renodling av verksamheten till elektiv vård inleddes år 2004 (58).

### **Exemplet Oskarshamns sjukhus – en successiv nedmontering av akutverksamhet**

Vid Oskarshamns sjukhus började nedmonteringen med en stor verksamhetsförändring av ortopedi och kirurgi i länet. De opererande verksamheterna renodlades till elektiv vård, medan IVA fick en medicinsk inriktning (MIVA), vilket begränsade sjukhusets möjligheter att hantera akuta patienter. Denna förändring ledde till problem med rekrytering, ökade hyrkostnader och patientsäkerhetsrisker till följd av en allt mer begränsad verksamhet (58).

År 2019 stängdes de båda medicinska intensivvårdsplatserna på MIVA, för att istället inriktas på vård och omvårdnad av patienter som har ett ökat vårdbehov men som inte är i behov av respiratorvård (58). Ansvar för patienter i behov av respiratorvård överfördes till sjukhusen i Kalmar och Västervik (59). Slutligen, år 2024, fattades beslut om att stänga akutmottagningen helt och Oskarshamns sjukhus omvandlades till ett närsjukhus (49). Motiveringen till beslutet om stängning var att patienter redan i stor utsträckning transporterades direkt till Kalmar eller Västervik eftersom akutmottagningen vid Oskarshamn hade en begränsning i vilka patienter som kunde tas emot.

Exemplet Oskarshamns sjukhus visar hur en gradvis nedmontering kan skapa en självförstärkande process där tillgängligheten till akut vård successivt försämras och patientflödet omdirigeras, vilket i sin tur ger ytterligare argument för att helt stänga ner den verksamheten som akutsjukhus.

### **Hybridmodeller som en övergångsfas innan nedläggning**

Hybridmodeller, där sjukhus delvis bibehåller akut verksamhet men i begränsad form, blir sällan bestående. Erfarenheter från andra sjukhus visar att dessa modeller ofta leder till att personal lämnar, att arbetsmiljön försämras och att kvaliteten på vården sjunker (48). På sikt resulterar detta ofta i att hybridmodellen avvecklas och sjukhuset omvandlas till primärvård eller en enhet med enbart elektiv vård.

En genomgång av de 34 orter utanför Stockholm där akutverksamheter lagts ner mellan åren 1961 och 2024 visar att endast sex (18 procent) av dessa orter fortfarande har kvar elektiv eller akut kirurgi år 2025. På var tredje (12 orter) har sjukhusvården helt ersatts med primärvård. Detta talar för att när väl akutsjukvården har avvecklats vid ett sjukhus, är det få enheter som långsiktigt lyckas upprätthålla någon form av opererande verksamhet.



## **Kapitel 4**

**Regionen behöver besluta om den långsiktiga inriktningen för Lasarettet Ljungby**

# 4

---

## REGIONEN BEHÖVER BESLUTA OM DEN LÅNGSIKTIGA INRIKTNINGEN FÖR LASARETTET LJUNGBY

### Lasarettet Ljungby saknar mål, inriktning, uppdrag och uppföljning

Lasarettet Ljungby är en integrerad del av Sjukhusvården i Kronoberg. Sjukhusen är organiserade utifrån principen ”Ett sjukhus på två adresser”. Detta innebär att Lasarettet Ljungby inte har något eget mål eller uppdrag. Klinikerna är också sammanslagna och leds centralt av personer som i huvudsak utgår från Växjö. Att ekonomi och administration registreras och redovisas tillsammans för de två sjukhusen gör att det saknas samlad uppföljning för respektive sjukhus och att det är en stor utmaning (och för vissa områden omöjligt) för regionen att ta fram separat statistik för Ljungby respektive Växjö.

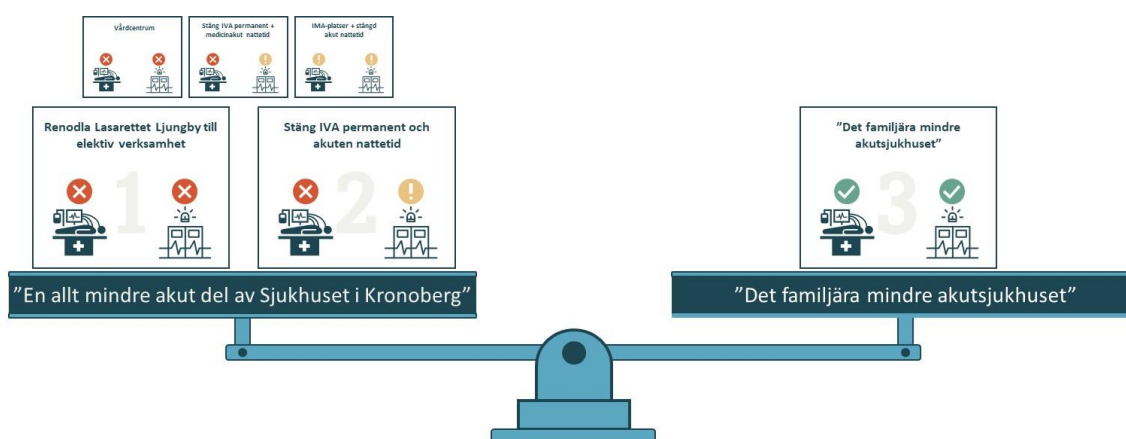
Avsaknaden av mål, inriktning, uppdrag och uppföljning av Lasarettet Ljungby skapar negativa konsekvenser. Exempel på konsekvenser som beskrivits i intervjuer med nuvarande och tidigare medarbetare i Ljungby är exempelvis att kliniksammanslagningarna har skapat misstro snarare än underlättat samarbete mellan Ljungby och Växjö. Man beskriver vidare att det saknas framtidstro i verksamheten, vilket gör att medarbetare inte ser framför sig att utvecklas långsiktigt på sjukhuset. Osäkerheten om lasarettets långsiktiga mål och frånvaron av lokalt ledarskap med ansvar och mandat upplevs försvåra rekrytering av nya medarbetare. Medarbetare upplever att Lasarettet Ljungby styrs att arbeta utifrån centrala arbetssätt som nästan uteslutande utgår ifrån hur det fungerar i Växjö, något som beskrivs försämra vårdens kvalitet och flexibilitet i Ljungby. Medarbetare vid Lasarettet Ljungby uppger att avsaknaden av lokalt ledarskap i hög grad påverkar deras arbetsmiljö negativt och det finns en utbredd känsla av att sjukhuset inte prioriteras av den centrala ledningen, exempelvis vad gäller inköp av utrustning och nysatsningar.

## Regionen behöver besluta om den långsiktiga inriktningen för Lasarettet Ljungby

Som beskrivits i denna utredning står regionens val mellan två inriktningar för den fortsatta verksamheten i Ljungby.

I det ena alternativet är inriktningen att Lasarettet Ljungby över tid bedriver allt mindre akut verksamhet som en fortsatt del av konceptet ”Ett sjukhus på två adresser”. Förslag om att renodla verksamheten till elektiv vård, stänga IVA, minska akutmottagningens öppettider etcetera är alla steg i denna riktning och en fortsättning på den utveckling som pågått i snart tjugo år.

Det andra alternativet är att separera Lasarettet Ljungby från Centrallasarettet Växjö och ge lasarettet en egen identitet, mål, uppdrag och ledning som kan driva sjukhuset utifrån verksamhetens förutsättningar och invånarnas behov. I denna utredning har vi presenterat ett förslag på en målbild för en sådan verksamhet i Ljungby – ”Det familjära mindre akutsjukhuset”.



## I valet av inriktning behöver den politiken ledningen i Region Kronoberg överväga argument och bedöma risker

Att förändra sjukhusstrukturen i en region är svårt. Alla förslag som tas fram innebär målkonflikter och kommer ha potentiella fördelar men också nackdelar och risker. Det är samtidigt tydligt från alla de intervjuer som gjort i denna utredning, med såväl regionledning som nuvarande och före detta medarbetare, att den sjukhusstruktur som finns idag i Kronoberg behöver förändras. Frågan blir i vilken riktning.

Alla förslag om den framtida utformningen kommer att innehålla osäkerheter. Det går samtidigt att tydliggöra vilka argument och förhoppningar som man särskilt behöver tro på för att motivera ett beslut i den ena eller andra riktningen:

Argument och förhoppningar som man särskilt behöver tro på för att motivera ett beslut om en långsiktig inriktning för Lasarettet Ljungby innebärande:	
<p><b>"En allt mindre akut del av Sjukhuset i Kronoberg"</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Att förslaget inte kommer att leda till en förstärkt negativ spiral för Lasarettet Ljungby som innebär att sjukhuset på sikt behöver stängas.</li><li>▶ Att regionen kommer klara sin beredskap för kris och krig även med enbart ett akutsjukhus.</li><li>▶ Att regionen kommer kunna nyttja tillräcklig kapacitet i andra regioner för att patienter med allvarliga akuta behov ska få vård i tid.</li><li>▶ Att patientsäkerhet och tillgänglighet kommer att öka mer genom en koncentration av vården än vad den kommer att minska till följd av ökade avstånd.</li><li>▶ Att det kommer behövas mindre vårdpersonal för att bemanna ett större sjukhus än två mindre sjukhus.</li><li>▶ Att eventuella produktivitetsvinster kommer överstiga ökade kostnader för bl.a. uppskalning av Centrallasarettet Växjö, ambulans, äldreomsorg, hemsjukvård, utomlänsvård etc.</li></ul>	<p><b>"Det familjära mindre akutsjukhuset"</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>▶ Att sjukhusövergripande samarbete kommer att kunna fungera väl mellan självständiga sjukhusområden.</li><li>▶ Att det kommer vara möjligt att kortsiktigt rekrytera intensivvårdssjuksköterskor, och att tillhandahålla intermediärvård kan vara en del av den långsiktiga kompetensförsörjningen av IVA.</li><li>▶ Att det kommer vara möjligt att rekrytera akutläkare för att bemanna en akutmottagning dygnet runt och att etablera en välfungerade integrerad BT/ST i akutmedicin.</li><li>▶ Att det kommer vara möjligt att koncentrera vissa elektiva uppdrag till bara ett av de två sjukhusen.</li><li>▶ Att en ny lokal ledning kommer att kunna skapa den framtidstro och engagemang bland medarbetare som krävs för att vända den negativa spiralen.</li></ul>

## Ett beslut om Lasarettet Ljungby är nödvändigt men löser inte Region Kronobergs långsiktiga utmaningar

Oavsett vilket alternativ som politiken beslutar om för Lasarettet Ljungby så kommer *beslutet inte att lösa Regions Kronobergs långsiktiga utmaningar* rörande ekonomi, kompetensförsörjning och tillgänglighet. Idag överskuggas annat nödvändigt utvecklingsarbete i regionen av diskussionen om Lasarettets Ljungbys framtid.

Regionen behöver efter att beslutet om den långsiktiga inriktningen för sjukhusstrukturen gå vidare och genomföra annat nödvändigt utvecklingsarbete i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Detta kommer exempelvis röra omställningen till god och nära vård, nyttjande av digitaliseringens möjligheter, förbättrad produktions- och kapacitetsstyrning, förbättrad arbetsmiljö för medarbetare, införande av effektiva arbetssätt och utfasning av lågvärdesvård etcetera.

# KÄLLFÖRTECKNING

1. Sjukhusledningens arbetsgrupp Region Kronoberg. Slutrapport - Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg. 2024 mar.
2. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och Sjukvård. Vägledning för organisation och kompetens inom intermediärvård. 2023 okt.
3. Arbetstidsförläggning inom dygnet-runt-verksamhet [Internet]. [citerad 03 mars 2025]. Tillgänglig vid: <https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetstid/arbetstidsforlaggning/arbetstidsforlaggningdygnetruntverksamhet.31254.html>
4. Sirona. Samplanering av sjukhusvården i Region Kronoberg. 2023 dec.
5. Sveriges Kommuner och Regioner. Vården i siffror - Kostnad per producerad DRG-poäng i slutna sjukhusvård [Internet]. [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://vardenisiffror.se/indikator/7f0bd760-d52d-4cb1-a5c7-d5bef35cad7d>
6. Socialstyrelsen. Statistik om akutmottagningar, väntetider och besök 2023. 2024 juni.
7. Lövtrup M. Piteå vågade satsa på akutläkare [Internet]. Läkartidningen. 2015 [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2015/04/pitea-vagade-satsa-pa-akutlakare/>
8. Herlitz J, Magnusson C, Andersson Hawiwara M, Lundgren P, Larsson G, Rawshani A, m.fl. Den prehospitla akutsjukvården i Sverige har stora utmaningar. Läkartidningen [Internet]. 30 november 2021 [citerad 03 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2021/11/den-prehospitla-akutsjukvarden-i-sverige-har-stora-utmaningar/>
9. Ljungby kommun. Risk- och konsekvensanalys. Återrapportering av Ljungby kommuns risk-och konsekvensanalys gällande regionens föreslagna utredningsalternativ avseende Ljungby lasarett (dnr 2024-0593). 2024.
10. Region Kronoberg. Bilaga A1 - Alternativa lösningar för organisering av akutflödet och samlokalisering akutmottagning-JLC. 2024 nov. Report No.: 23RGK1789.
11. Forsvarsdepartementet. Kraftsamling - Inriktningen av totalförsvaret och utformningen av det civila försvaret (Ds 2023:34). Regeringen och Regeringskansliet; 2023 dec.
12. Sveriges Kommuner och Regioner. Krisberedskap i vårdfastigheter: en vägledning för fastighetsorganisationerna. 2018.
13. Sjukhusläkaren. Vem satsar på intermediärvårdsplatser? [Internet]. 2019 [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://www.sjukhuslakaren.se/vem-satsar-pa-intermediarvardsplatser/>

14. Region Sörmland. Avdelningar och mottagningar [Internet]. [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://regionsormland.se/halsa-varld/avdelningar-och-mottagningar/>
15. Region Uppsala. Avdelningar och mottagningar på Lasarettet i Enköping [Internet]. [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://region uppsala.se/lasarettet-i-enkoping/avdelningar-och-mottagningar/>
16. Hultkrantz RS Claes Juhlin, Helen Melander, Patricia. Hög frekvens komplikationer efter kirurgi [Internet]. Läkartidningen. 2010 [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/2010/10/hog-frekvens-komplikationer-efter-kirurgi/>
17. Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård. Riktlinjer för svensk intensivvård. 2024 mar.
18. Region Kronoberg. Bilaga A - Framtidens sjukhusvård i Region Kronoberg. 2024 nov. Report No.: 23RGK1789.
19. Region Kronoberg. Bilaga A2 - Kan det elektiva vårdutbudet och produktionsvolymen öka på Ljungby lasarett? 2024 nov. Report No.: 23RGK1789.
20. Svensk Förening för Akutsjukvård. SWESEMs Core Curriculum för Akutsjukvård. 2023.
21. Cederberg J. Varför fungerade inte akutläkarsatsningen i Örebro? [Internet]. Läkartidningen. 2023 [citerad 20 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/10/varfor-fungerade-inte-akutlakarsatsningen-i-orebro/>
22. Förslag till en nationell plan för hälso-och sjukvårdens kompetensförsörjning. Nationella vårdkompetensrådet; 2024 maj. Report No.: 2024:2.
23. Sveriges Kommuner och Regioner. Välfärdens kompetensförsörjning - Personalprognos 2023–2033 och strategier för att klara kompetensförsörjningen. 2024 nov.
24. Sveriges Kommuner och Regioner. Väntetider i Vården - Utökad uppföljning av specialiserad vård [Internet]. [citerad 11 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://skr.se/vantetiderivarden/vantetidsstatistik/utokaduppfoljningavspecialiseradvard.43536.html>
25. Presentation - Samplanerad sjukhusvård i Region Kronoberg [Internet]. Regionstyrelsen; 2024 maj 28. Tillgänglig vid: <https://www.regionkronoberg.se/contentassets/a6c1ce3d4d124bc1b22aefccae33e349/2024-05-28-samplanerad-sjukhusvard-i-region-kronoberg.pdf>
26. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. En akut bild av Sverige - Kartläggning av akutsjukvårdens organisation och arbetsfördelning. 2018.
27. Freeman M, Savva N, Scholtes S. Economies of Scale and Scope in Hospitals: An Empirical Study of Volume Spillovers. Management Science. februari 2021;67(2):673–97.

28. Svarts A, Anders T, Engwall M. Volume creates value: The volume–outcome relationship in Scandinavian obesity surgery. *Health Serv Manage Res.* 01 november 2022;35(4):229–39.
29. Haynes R. Geographical access to health care. 2003;
30. Goddard M, Smith P. Equity of access to health care. Centre for Health Economics, University of York York; 1998.
31. Goins RT, Williams KA, Carter MW, Spencer SM, Solovieva T. Perceived barriers to health care access among rural older adults: a qualitative study. *The Journal of Rural Health.* 2005;21(3):206–13.
32. Kelly C, Hulme C, Farragher T, Clarke G. Are differences in travel time or distance to healthcare for adults in global north countries associated with an impact on health outcomes? A systematic review. *BMJ open.* 2016;6(11):e013059.
33. Castilla L. Ett år efter stängningen i Lidköping: »Borde ha gjort på ett annat sätt« [Internet]. *Läkartidningen.* 2024 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/12/ett-ar-efter-stangningen-i-lidkoping-borde-ha-gjort-pa-ett-annat-satt/>
34. Sveriges prehospitala akutsjukvård - nulägesbild, bedömning och utvecklingsförslag. Socialstyrelsen; Report No.: 2023-2–8337.
35. Torkelsson AC. Läkare vädjar till Ivo om att utreda riskerna med stängd akut i Lidköping [Internet]. *Läkartidningen.* 2023 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/09/lakare-vadjar-till-ivo-om-att-utreda-riskerna-med-stangd-akut-i-lidkoping/>
36. Castilla L. Efter nedläggningen i Lidköping: larm om lång väntan på ambulans [Internet]. *Läkartidningen.* 2024 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/02/efter-nedlaggningen-i-lidkoping-larm-om-lang-vantan-pa-ambulans/>
37. Ortopedkliniken Lasarettet Ljungby. Risk- och konsekvensanalys vid verksamhetsförändringar - Vilka blir riskerna och konsekvenserna för akutmottagningen i Ljungbys verksamhet om IVA:s uppdrag består av pre/postop verksamhet + konsultativ verksamhet (ej vårdplatser). 2023 feb.
38. Akutmottagningen Lasarettet Ljungby. Risk- och konsekvensanalys vid verksamhetsförändringar - Vilka blir riskerna och konsekvenserna för akutmottagningen i Ljungbys verksamhet om IVA:s uppdrag består av pre/postop verksamhet + konsultativ verksamhet (ej vårdplatser). 2023 feb.
39. Medicinkliniken Region Kronobergs sjukhusvård. Risk- och konsekvensanalys vid verksamhetsförändringar - Vilka blir riskerna och konsekvenserna för akutmottagningen i Ljungbys verksamhet om IVA:s uppdrag består av pre/postop verksamhet + konsultativ verksamhet (ej vårdplatser). 2023 feb.
40. af Ugglas B. Hur påverkas patientsäkerheten av överbelastade akutmottagningar och vårdplatsbrist? *SNS Analys* [Internet]. 2021;(76). Tillgänglig vid:

- <https://www.sns.se/artiklar/sns-analys-76-hur-paverkas-patientsakerheten-av-overbelastade-akutmottagningar-och-varldplatsbrist/>
41. Avdic D. Improving efficiency or impairing access? Health care consolidation and quality of care: Evidence from emergency hospital closures in Sweden. *Journal of Health Economics*. 01 juli 2016;48:44–60.
  42. Castilla L. Efter stängningen i Lidköping: larm om läget på akuten i Skövde [Internet]. *Läkartidningen*. 2024 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/05/efter-stangningen-i-lidkoping-larm-om-laget-pa-akuten-i-skovde/>
  43. Castilla L. Ett år efter stängningen i Lidköping: »Borde ha gjort på ett annat sätt« [Internet]. *Läkartidningen*. 2024 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/12/ett-ar-efter-stangningen-i-lidkoping-borde-ha-gjort-pa-ett-annat-satt/>
  44. Castilla L. Två dödsfall på nyöppnade akuten på SkaS i Skövde anmäls till Ivo [Internet]. *Läkartidningen*. 2024 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/10/tva-dodsfall-pa-nyoppnade-skas-akuten-i-skovde-anmals-till-ivo/>
  45. Vaughan L, Edwards N. The problems of smaller, rural and remote hospitals: Separating facts from fiction. *Future Healthc J*. februari 2020;7(1):38–45.
  46. Gaynor M, Laudicella M, Propper C. Can governments do it better? Merger mania and hospital outcomes in the English NHS. *Journal of Health Economics*. 01 maj 2012;31(3):528–43.
  47. Torkelsson AC. Akuten i Lidköping stängd för gott – läkare väljer att lämna i protest [Internet]. *Läkartidningen*. 2023 [citerad 02 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2023/12/akuten-i-lidkoping-stangd-for-gott-lakare-valjer-att-lamna-i-protest/>
  48. Asplund K. Nedläggningar av akutsjukhus tycks åter vara aktuella i Sverige [Internet]. *Läkartidningen*. 2024 [citerad 17 januari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/kommentar/2024/09/nedlaggningar-av-akutsjukhus-tycks-ater-vara-aktuella-i-sverige/>
  49. Ekstrand P. Klart: Oskarshamns sjukhus blir närsjukhus utan akut. *Läkartidningen* [Internet]. 31 oktober 2024 [citerad 31 januari 2025]; Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2024/10/klart-oskarshamns-sjukhus-blir-narsjukhus-utan-akut/>
  50. Castilla L. Förslag: 146 tjänster bort från Sollefteå sjukhus när vården flyttas. *Läkartidningen* [Internet]. 06 februari 2025 [citerad 11 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2025/02/forslag-146-tjanster-bort-fran-solleftea-sjukhus-nar-varden-flyttas/>
  51. BB i Ljungby stängs efter bebis död. *Svenska Dagbladet* [Internet]. 16 januari 2007 [citerad 04 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://www.svd.se/a/55e840f7-090f-3114-bbad-4ca48fa0337f/bb-i-ljungby-stangs-efter-bebis-dod>

52. BB läggs ner i Ljungby. Dagens Medicin [Internet]. 16 januari 2007 [citerad 04 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://www.dagensmedicin.se/alla-nyheter/nyheter/bb-laggs-ner-i-ljungby/>
53. Lennartsson M. Trots kritiken: Nu stänger IVA-platserna – så påverkar det dig som patient. Smålänningen [Internet]. 26 juni 2023 [citerad 05 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://www.smalanningen.se/2023-06-26/trots-kritiken-nu-stanger-iva-platserna-sa-paverkar-det-dig-som-patient/>
54. De manifesterar för Ljungby lasarett som akutsjukhus [Internet]. SVT Nyheter. 2023 [citerad 05 februari 2025]. Tillgänglig vid: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/smaland/de-manifesterar-for-ljungby-lasarett>
55. Brolléus P. BESKEDET: Akuten stänger i sommar. Ljungby NU [Internet]. 21 mars 2024 [citerad 05 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://ljungbynu.se/ljungby/beskedet-akuten-stanger-i-sommar/2076>
56. Tahiri A. Beslut: Intensivvården i Ljungby flyttas till Växjö i fyra månader. SVT Nyheter [Internet]. 21 november 2024 [citerad 05 februari 2025]; Tillgänglig vid: <https://www.svt.se/nyheter/lokalt/smaland/beslut-intensivvarden-i-ljungby-flyttas-till-vaxjo-i-fyra-manader>
57. Region Kronoberg [Internet]. 2024 [citerad 05 februari 2025]. Förslag om tidsbegränsat beslut om intensivvården i Ljungby. Tillgänglig vid: <https://www.regionkronoberg.se/nyheter/forslag-om-tidsbegransat-beslut-om-intensivvarden-i-ljungby/>
58. Ärende 13 - Verksamhetsförändring vid den medicinska intensivvårdsenheten vid Oskarshamns sjukhus [Internet]. Region Kalmar län; 2019. Tillgänglig vid: <https://regionkalmar.se/globalassets/dokument/politik-och-paverkan/demokrati-och-insyn/kallelser-och-handlingar-2019/regionfullmaktige/2019-01-31/handlingar/arende-13---verksamhetsforandring-vid-den-medicinska-intensivvardsenheten-vid-oskarshamns-sjukhus.pdf>
59. Cederberg J. IVA i Oskarshamn blir kvar men halveras [Internet]. Läkartidningen. 2019 [citerad 31 januari 2025]. Tillgänglig vid: <https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2019/01/iva-i-oskarshamn-blir-kvar-men-halveras/>

